



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2020

Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe : elektronische Patientendossiers im Kontext von Spiritual Care

Edited by: Peng-Keller, Simon ; Neuhold, David ; Kunz, Ralph ; Schmitt, Hanspeter

Abstract: In der klinischen Seelsorge ist es zunehmend Praxis, dass die Seelsorgenden ihre Arbeit digital dokumentieren, interprofessionell zugänglich machen und für verschiedene Zwecke festhalten. Doch was sind die Möglichkeiten und Grenzen einer solchen Dokumentation? Im deutschsprachigen Raum wird diese Thematik im Rahmen eines Nationalfondsprojekts erforscht und zum ersten Mal umfassend diskutiert: Grundsätzliche Überlegungen werden durch praktisch-theologische und ethische Perspektiven ebenso ergänzt wie durch solche aus der konkreten medizinischen und pflegerischen Praxis. Nicht zuletzt geht es um praktisch-theologische Fragen: Wie geht man mit dem Seelsorgegeheimnis um, wenn interprofessionell dokumentiert werden soll? Welche konkreten Dokumentationspraktiken entwickeln sich? Viele mit diesem komplexen und neuen Thema verbundene Fragen, etwa die des Datenschutzes, werden ausführlich behandelt.

DOI: <https://doi.org/10.34313/978-3-290-18326-4>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-196940>

Edited Scientific Work

Published Version



The following work is licensed under a Creative Commons: Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.

Originally published at:

Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe : elektronische Patientendossiers im Kontext von Spiritual Care. Edited by: Peng-Keller, Simon; Neuhold, David; Kunz, Ralph; Schmitt, Hanspeter (2020). Zürich: Theologischer Verlag Zürich.

DOI: <https://doi.org/10.34313/978-3-290-18326-4>



Simon Peng-Keller, David Neuhold,
Ralph Kunz, Hanspeter Schmitt (Hg.)

Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe

Elektronische Patientendossiers
im Kontext von Spiritual Care

T V Z

Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe

T V Z

**Simon Peng-Keller, David Neuhold,
Ralph Kunz, Hanspeter Schmitt (Hg.)**

Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe

**Elektronische Patientendossiers im Kontext
von Spiritual Care**

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Die Druckvorstufe dieser Publikation wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt.

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur mit einem Strukturbeitrag für die Jahre 2019–2020 unterstützt.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung

Simone Ackermann, Zürich

Druck

Rosch Buch GmbH, Scheßlitz

ISBN 978-3-290-18325-7 (Print)

ISBN 978-3-290-18326-4 (E-Book: PDF)

<https://doi.org/10.34313/978-3-290-18326-4>

© 2020 Theologischer Verlag Zürich

www.tvz-verlag.ch



Creative Commons 4.0 International

Inhalt

Simon Peng-Keller/ David Neuhold/ Ralph Kunz/ Hanspeter Schmitt
Vorwort 9

Simon Peng-Keller/ David Neuhold
Dokumentation klinischer Seelsorge.
Hintergründe und aktuelle Entwicklungen..... 11

I. Annäherungen

Eva-Maria Faber
Ins «Buch des Lebens» geschrieben. Spitalseelsorgliche Begleitung
von Identitätsarbeit in Krankheitssituationen und Chancen und
Grenzen ihrer Dokumentation 35

Hanspeter Schmitt
Spiritual Care als Kommunikation menschlicher Verletzlichkeit.
Theologisch-ethische Reflexion klinikpastoraler Dokumentation..... 55

II. Modelle

Anne Vandenboeck
Dokumentation im Dienste der bestmöglichen Spiritual Care..... 79

Pascal Mösli
Wide eyes. Auf den Spuren einer guten Seelsorge-
Dokumentation in den USA 99

Pascal Mösli/ David Neuhold/ Livia Wey-Meier
Ankreuzen oder erzählen? Ein Plädoyer für Checkboxes
in der klinischen Seelsorgedokumentation 127

III. Seelsorgegeheimnis

Michael Coors

Seelsorgliche Verschwiegenheitspflicht und Dokumentation.
Theologisch-ethische Annäherung an eine Professionsethik
der Seelsorge 153

David Neuhold

Seelsorgegeheimnis und Beichtgeheimnis.
Historische Perspektiven, gegenwärtige Überlegungen 177

Ralph Kunz

Seelsorge als Krypta. Geborgenheit im vertraulichen Gespräch 201

IV. Interprofessionelle Zugänge

Settimio Monteverde

Zuerst heile mit dem Wort – Seelsorge und ihre Dokumentation
im klinischen Informationssystem. Gedanken aus
klinisch-ethischer Sicht 223

Josef Jenewein/ Alois Metz

Klinische Dokumentation spiritueller und existenzieller Aspekte.
Erfahrungen und Anregungen aus psychiatrischer und
seelsorglicher Perspektive 237

Maya Zumstein-Shaba

Dokumentation pflegerischer Spiritual Care. Erfahrungen und
Anregungen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive 253

V. Perspektiven

Traugott Roser

Seelsorgliche Dokumentation.
Perspektiven für die Seelsorgeforschung und -weiterbildung 279

Claudia Graf

Dokumentation und Professionalität in der Spitalseelsorge291

Simon Peng-Keller

Professionelle Praxis und spirituelle Übung. Zum Handwerk
seelsorglichen Dokumentierens.....307

Autorinnen und Autoren323

Vorwort

Simon Peng-Keller/ David Neubold/ Ralph Kunz/ Hanspeter Schmitt

Seit den Anfängen der *Clinical Pastoral Education* gehören Gesprächsnotizen und ausgearbeitete Gesprächsprotokolle zu den zentralen Instrumenten seelsorglicher Selbstreflexion und Supervision. Dass die seelsorgliche Dokumentation auch für die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutsam ist, wurde zwar ebenfalls schon in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts erkannt. Doch erst mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens und dem Aufkommen einer interprofessionellen Spiritual Care kam es zur systematischen Entwicklung und Implementierung einer solchen Dokumentationspraxis. Es ist zu erwarten, dass diese international teilweise schon weit fortgeschrittene Entwicklung in den kommenden Jahren zunehmend auch das hiesige Gesundheitswesen erfassen wird. Die Zeit der Hängemappen und Papierstapel ist definitiv vorbei. Seitens derjenigen, die für die Klinikseelsorge Verantwortung tragen, wird diese Entwicklung unterschiedlich, teilweise auch gegensätzlich wahrgenommen. Während manche vor einer Eingemeindung der Klinikseelsorge in die Gesundheitsberufe warnen und auf die Besonderheit des Seelsorgegeheimnisses hinweisen, sehen andere in dieser Entwicklung vor allem die Chance, die seelsorgliche Expertise zum Wohl von Patientinnen und Patienten in die interprofessionelle Kommunikation einzubringen. Irgendwo dazwischen sind schliesslich die Stimmen jener anzusiedeln, die auf die pragmatische Notwendigkeit hinweisen, sich klinikseelsorglich auf eine zunehmend digitale Gesellschaft einzustellen. Klar ist zumindest dies: Die Frage der Dokumentation muss mit Blick auf die Aufgaben und Zielsetzungen heutiger Klinikseelsorge insgesamt diskutiert und beantwortet werden. Wie die Zukunft der Seelsorge im Gesundheitswesen aussehen wird, hängt von sehr unterschiedlichen Faktoren ab. Die Dokumentation ist (nur) einer von ihnen.

Aus seelsorgetheoretischer, ethischer und rechtlicher Perspektive stellen sich dabei wichtige Fragen: Was genau kann und soll dokumentiert werden und was nicht? Welche Erfassungsform und welche Sprache sind dazu geeignet? Wer soll was für wen erfragen und schriftlich erfassen? Wie verändert sich die seelsorgliche Beziehung, wenn seelsorgliche Prozesse und spirituelle

Nöte und Bedürfnisse in Patientenakten dokumentiert werden? Und was bedeutet die Integration einer solchen Dokumentation für die Rolle der Seelsorge innerhalb des Gesundheitssystems?

Alle diese Fragen sind derzeit weitgehend umstritten und ungeklärt. Sie werden im vorliegenden Band erstmals im deutschsprachigen Raum umfassend diskutiert und aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Grundsätzliche Zugänge werden durch praktisch-theologische und ethische Perspektiven ebenso ergänzt wie durch solche aus der konkreten medizinischen und pflegerischen Praxis. Der Band bietet einen Überblick über die aktuellen Entwicklungen. Er will den Blick für die Komplexität der Thematik schärfen und zum Weiterdenken anregen. Insbesondere möchte er dazu beitragen, dass die Diskussion über das Dokumentationsthema differenziert geführt wird. Eine schlichte Pro-und-Contra-Diskussion verkennt die Vielfalt an Dokumentationsformen und Problemstellungen.

Das Buch ist ein Ergebnis eines vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Forschungsprojekts. Es wurde angestoßen von Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Seelsorgevereinigungen und an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich und der Theologischen Hochschule Chur in einer ökumenisch zusammengesetzten Forschungsgruppe durchgeführt. Die Grundlage für den vorliegenden Band bildete eine im Juni 2019 an der Universität Zürich durchgeführte Forschungstagung. Die Herausgeber sind zu vielfältigem Dank verpflichtet: dem Schweizerischen Nationalfonds für die grosszügigen Förderungen dieses Projekts, den Seelsorgevereinigungen für die Initiative und die vielfältige Unterstützung in der Durchführung, der Katholischen Kirche im Kanton Zürich und der Reformierten Kirche Zürich für die Förderung der Professur für Spiritual Care, Christoph Morgenthaler für die wertvollen Hinweise zum Manuskript sowie den Verantwortlichen vom TVZ-Verlag, insbesondere Frau Lisa Briner, für die sorgfältige und kompetente Begleitung des Projekts.

Zürich, 4. September 2020

Dokumentation klinischer Seelsorge

Hintergründe und aktuelle Entwicklungen

Simon Peng-Keller/ David Neuhold

In seinem Beitrag zum Handbuch der Krankenhausseelsorge schreibt der evangelische Pfarrer und Pastoralpsychologe Thomas Beelitz mit Blick auf die gegenwärtige deutschsprachige Diskussion: «In der Praxis sind beim Thema Dokumentation und Verschwiegenheit viele Kolleg*innen selbst weiter, als es Theorie und Richtlinien zu erlauben scheinen.»¹ Dass das so ist, hat mit Entwicklungen zu tun, die in den ersten beiden Abschnitten dieses einleitenden Beitrags nachgezeichnet werden sollen. In einem ersten Schritt werden wir aufzeigen, dass das Thema selbst weniger neu ist, als oft angenommen wird. Die Praxis klinikseelsorglicher Dokumentation gehörte von Anfang an zur *Clinical Pastoral Education* (CPE) und wurde bereits in den 1930ern in differenzierter Weise beschrieben und begründet. Wie wir als Zweites an konkreten Beispielen aufzeigen werden, führten mehrere Faktoren dazu, dass sich diese klinikseelsorgliche Praxis seit zwei Jahrzehnten in raschem Tempo weiterentwickelt und weltweit verbreitet hat. Zu nennen sind dabei zunächst religionspolitische und gesellschaftliche Veränderungen, die zu einer Neuverortung der Seelsorge in öffentlichen Einrichtungen führte. Nicht weniger wichtig sind jedoch komplexe Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen und nicht zuletzt die Digitalisierung. Zu diesen Entwicklungen gehört schliesslich auch das wachsende Bemühen, die Wirksamkeit klinikseelsorglicher Arbeit empirisch zu überprüfen. Im dritten Abschnitt resümieren wir den aktuellen Forschungsstand zur seelsorglichen Dokumentation, die zunehmend auch selbst ein Mittel darstellt, die klinikseelsorgliche Arbeit zu erforschen. Daran knüpfen auch die Beiträge des vorliegenden Bandes an, die am Ende dieser Einleitung kurz vergegenwärtigt werden.²

¹ Thomas Beelitz, Trostspuren – Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge im Krankenhaus, in: Traugott Roser (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, 5. überarbeitete u. erweiterte Aufl., Göttingen 2019, 487–498, 487.

² Für die folgende Darstellung greifen wir zurück auf die folgenden Vorarbeiten: Simon Peng-Keller/David Neuhold (Hg.), Charting Spiritual Care. The Emerging Role of

1 Hintergründe

Historisch betrachtet lässt sich die Geschichte der klinikseelsorglichen Dokumentation in drei Hauptperioden unterteilen: in eine frühe Phase, die der Entstehung der CPE vorausgeht, in eine Zeit der ersten Systematisierung in deren Rahmen, und schliesslich in die jüngste Phase, die dieser Publikation unmittelbar vorausliegt und die kurz vor der Jahrtausendwende einsetzt.

1.1 Erste Phase: Die Anfänge seelsorglicher Dokumentation im frühen 20. Jahrhundert

Die Anfänge einer seelsorglichen Dokumentationspraxis im medizinischen Kontext gehen bis ins frühe 20. Jahrhundert zurück. Grundlegend und inspirierend für die weitere Entwicklung war die Emmanuel-Bewegung, eine christliche Heilungsbewegung, die im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts in der gleichnamigen reformierten Kirchgemeinde Bostons entstand. Initiiert wurde sie von Elwood Worcester, einem reformierten Theologen, der von William James und Wilhelm Wundt beeinflusst war.³ Ziel dieser Initiative war es zunächst, armutsbetroffenen und an Tuberkulose erkrankten Menschen soziale und medizinische Hilfe anzubieten. An der Emmanuel-Kirche wurde dazu ein ambulanter Dienst eingerichtet, der sowohl Einzelbehandlungen wie gruppentherapeutische Angebote umfasste. Nach und nach wurde das Therapieprogramm stärker auf Menschen mit psychischen Belastungen und Suchterkrankungen ausgerichtet. Zu diesem Zwecke wurde auch das Spektrum der verwendeten Therapieansätze erweitert und interprofessionell angelegt. Medizinischer Unterricht sowie psychologische und psychotherapeutische Ansätze (z. B. Suggestion, Hypnose) wurden mit spiritueller Unterstützung (u. a. Beichte, Gebet, seelsorgliche Beratung) kombiniert.

Um dieses interprofessionelle und interdisziplinäre Experiment wissenschaftlich zu fundieren, veröffentlichte Worcester im Jahre 1908 zusammen mit zwei Weggefährten – dem reformierten Theologen Samuel McComb und dem jüdischen Psychiater Isador H. Coriat – eine vielbeachtete Programm-

Chaplaincy Records in Global Health Care, New York 2020; Simon Peng-Keller, Digitale Dokumentation klinischer Seelsorge. Hintergründe, Modelle, Diskussionen, in: Wege zum Menschen 72/3 (2020) 257–270.

³ Curtis W. Hart/M. Div, Present at the Creation: The Clinical Pastoral Movement and the Origins of the Dialogue between Religion and Psychiatry, in: Journal of Religion and Health 49 (2010) 536–546, 541f.

schrift: *Religion and medicine: The Moral Control of Nervous Disorders*. Darin erläutern die Autoren das von ihnen entwickelte Therapiekonzept und weisen auch auf die Bedeutung einer interprofessionellen Dokumentation hin. Dass sich die Seelsorge auch an dieser Aufgabe beteiligt, war für Worcester und seine Kollegen selbstverständlich. Um dem Anspruch einer wissenschaftlich fundierten und sicheren Versorgung genügen zu können, sei eine konsequente Dokumentation unerlässlich. In Zusammenarbeit mit dem *Massachusetts General Hospital* (MGH) wurde dessen Dokumentationssystem «durch Notizen über die moralischen und spirituellen Ratschläge sowie über die Wirkung dieser Ratschläge»⁴ ergänzt. Mit Blick auf aktuelle Entwicklungen und Diskussionen ist das Bostoner Experiment gleich in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert: Erstens war die von Worcester und seinen Mitstreitern entwickelte Dokumentationspraxis in einem ambulanten Versorgungssetting angesiedelt, das durch seinen sektorenübergreifenden Charakter heutigen Entwicklungen überraschend nahekommt. Zweitens war die Seelsorge Teil eines therapeutischen Konzepts, das gleichzeitig medizinisch und theologisch begründet wurde. Und drittens war die Dokumentation so angelegt, dass sie das Seelsorge- oder Beichtgeheimnis offenbar nicht tangierte.

Zu den Ärzten, die die Emmanuel-Bewegung unterstützen, gehörte der Hämatologe Richard Cabot, der am *Massachusetts General Hospital* für die ambulante Versorgung zuständig war.⁵ Cabot ist das Bindeglied zwischen der Emmanuel-Bewegung und der CPE, die er selbst mitbegründete und die bei der Entwicklung der modernen Klinikseelsorge und der seelsorglichen Dokumentationspraxis eine Schlüsselrolle spielen sollte.

1.2 Zweite Phase: Systematisierung im Horizont der *Clinical Pastoral Education*

Cabots Vision einer neuen Form seelsorglicher Tätigkeit, die er selbst als «klinisch» benannte, verdankte sich einer doppelten Erfahrung. Zum einen stand ihm die interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten und Seelsorgern vor Augen, die einer gemeinsamen therapeutischen Zielsetzung verpflichtet waren. Zum andern war es die Einsicht, dass Ärzte in einer sich zunehmend

⁴ Elwood Worcester/Samuel McComb/Isador H. Coriat, *Religion and Medicine: The Moral Control of Nervous Disorders*, New York 1908, 6.

⁵ Burton J. Hendrick, *Team Work in Healing the Sick*, in: *The World's Work* 2 (1914) 410–417.

spezialisierenden Medizin auf spezialisierte Fachpersonen aus anderen Disziplinen angewiesen sind, um eine gute medizinische Versorgung gewährleisten zu können. So inaugurierte Cabot bereits im Jahre 1905 am *Massachusetts General Hospital* die klinische Sozialarbeit und richtete aus eigenen Mitteln die erste entsprechende Stelle ein. Zu einer guten interprofessionellen Versorgung gehörte für Cabot auch die interprofessionelle Dokumentation. Im Rahmen der CPE, die er zusammen mit dem reformierten Theologen Anton Boisen aufbaute, diente die seelsorgliche Dokumentation noch weiteren Zwecken: Neben der interprofessionellen Kooperation wurden sie auch für die persönliche Reflexion und die Supervision genutzt.

Eine systematische Beschreibung und Rechtfertigung der unterschiedlichen Funktionen der Dokumentation findet sich in dem 1936 veröffentlichten Handbuch *The Art of Ministering to the Sick*, das Cabot zusammen mit dem reformierten Theologen Russell L. Dicks veröffentlichte und das zu einem Standardwerk der CPE wurde. Beide Autoren messen der Dokumentation eine entscheidende Rolle zu.⁶ Wer nicht bereit sei, seine Arbeit zu dokumentieren, sei ungeeignet für die Krankenhausseelsorge: «Es ist für uns unvorstellbar, dass ein gewissenhafter Seelsorger darauf verzichten kann, in der einen oder anderen Form zu dokumentieren.»⁷ Ohne Dokumentation keine professionelle Seelsorge. Dabei betonen Cabot und Dicks besonders die kreative Kraft des Schreibens. Es handle sich dabei um eine «spirituelle Übung».⁸ Im erinnernden und reflektierenden Niederschreiben entdecke man Leerstellen und entwickle Ideen, wie diese zu füllen seien. Das Dokumentieren ermögliche Selbstkritik und schaffe einen Raum der Selbstoffenbarung.⁹ Es sei ein Instrument, um sich weiterzuentwickeln und in den seelsorglichen Begegnungen das göttliche Wirken zu entdecken.

Dicks präzisiert und ergänzt diese Reflexionen vier Jahre später in seinen 1940 veröffentlichten *Standards for the Work of the Chaplain in the General Hospital*. Darin unterscheidet er zwischen drei Formen der Dokumentation: Neben den täglichen Notizen, «die der Seelsorger für seinen eigenen Gebrauch zur Unterstützung seines Gedächtnisses aufbewahrt», brauche es auch detailliertere

⁶ Vgl. Richard C. Cabot/Russell L. Dicks, *The Art of Ministering to the Sick*, New York 1944 (Erstausgabe 1936), insbesondere Kapitel «Note-Writing» in Teil IV «Methoden», 244–261.

⁷ A. a. O., 269.

⁸ A. a. O., 261.

⁹ A. a. O., 248.

Aufzeichnungen, die vor allem nach anspruchsvollen Begegnungen verwendet werden sollen. Sie dienen dazu, einerseits das Bedürfnis des Patienten nochmals zu vergegenwärtigen und andererseits das eigene Handeln kritisch zu reflektieren. Die dritte Form der Dokumentation bestehe in Einträgen in das Patientendossier zum Zwecke der interprofessionellen Kommunikation. Dabei handle es sich um kurze Notizen, die jenen von Fachärzten gleichen. Sie beschränken sich darauf, «den Eindruck, den der Seelsorger vom Patienten hat, festzuhalten. Der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin entdeckt oft wichtige Dinge über einen Patienten bzw. eine Patientin, die der Arzt wissen muss; diese Entdeckungen und Eindrücke sollten im Patientendossier vermerkt sein. Solche Notizen offenbaren weder das, was einem Seelsorger anvertraut wurde, noch verstossen sie in irgendeiner Weise gegen die Heiligkeit der Beichte.»¹⁰

In welchem Masse sich die von Cabot und Dicks beschriebenen Dokumentationsformen in den darauffolgenden Jahrzehnten in den USA verbreitet haben, ist ungeklärt. Auffällig ist, dass in der deutschsprachigen Rezeption der CPE in den 1970er Jahren das Thema der Dokumentation nur wenig Beachtung findet. Lediglich die Praxis, für supervisorische Zwecke Gesprächsprotokolle zu erstellen, erhielt einen festen Platz in den neuen deutschsprachigen Ausbildungsangeboten. Dass trotz weltweiter Verbreitung der CPE die Reflexion über die klinikseelsorgliche Dokumentation nicht weitergeführt wurde und offenbar über Jahrzehnte wenig Auswirkung auf die klinische Praxis hatte, ist ebenso bemerkenswert wie die Geschwindigkeit, mit der sich dies nach der Jahrtausendwende änderte. Was genau führte dazu, dass dieses Aschenputtel der Seelsorgebewegung plötzlich so viel Aufmerksamkeit auf sich zog?

1.3 Dritte Phase: Dokumentation klinischer Seelsorge im digitalen Zeitalter

Wie bereits erwähnt, lassen sich mehrere Faktoren ausmachen, die in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer raschen Entwicklung klinikseelsorglicher Dokumentationspraxis geführt haben. Die wichtigsten vier: das Modell einer ergebnisorientierten Seelsorge, das Aufkommen interprofessioneller Spiritual Care, die Neuverortung der Klinikseelsorge im Kontext einer (post-)säkularen

¹⁰ Russell L. Dicks, Standards for the Work of the Chaplain in the General Hospital. www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_for_work_of_chaplain_russell_dicks.pdf, [4]; 03.03.2020.

Gesellschaft und die Digitalisierung. Diese vier Faktoren sollen nun noch etwas genauer beschrieben werden.

(1) Das in den 1990er Jahren aufkommende Paradigma einer *ergebnisorientierten Seelsorge* (*outcome oriented chaplaincy*) ist zunächst eine Antwort auf die zunehmende Tendenz, alle professionellen Aktivitäten im Gesundheitswesen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und einem strengen Qualitätsmanagement zu unterwerfen. Zugleich handelt es sich um eine kritische Revision des Seelsorgeansatzes, der die CPE über mehrere Jahrzehnte bestimmte und dessen Grundlagen hauptsächlich in Carl Rogers' klientenzentrierten Gesprächstherapie liegen.¹¹ Die ergebnisorientierte Seelsorge geht davon aus, dass sich jegliche seelsorgliche Zuwendung im Rahmen bestimmter Zielsetzungen bewegt und eine patientenzentrierte Seelsorge fortlaufend überprüfen sollte, welche Form der Unterstützung von Patientinnen und Patienten erwünscht wird und was das seelsorgliche Handeln bewirkt. Um dies regelmässig und auf möglichst objektive Weise überprüfen zu können, sei es notwendig, die Einschätzungen, Zielsetzungen, Handlungen und Auswirkungen systematisch zu dokumentieren.¹² Seelsorgliche Dokumentation dient hier gleichermassen der Qualitätssicherung wie der Legitimierung der Seelsorge im Horizont evidenzbasierter Medizin.

(2) Während die ergebnisorientierte Seelsorge die Stärkung der dadurch bezeichneten Profession im Blick hat, steht «Spiritual Care» für eine Entwicklung, in der die Interprofessionalität grossgeschrieben wird. Der Gedanke, dass der interprofessionelle Einbezug der spirituellen Dimension für eine gute medizinische Versorgung bedeutsam ist, findet sich in sehr unterschiedlichen medizinreformerischen Bewegungen des 20. Jahrhunderts, zu denen auch die moderne Hospizbewegung zu zählen ist.¹³ In dem Masse, in dem Spiritual

¹¹ Vgl. die Darstellung von Arthur M. Lucas in seiner Einleitung zur gemeinsam mit Larry VandeCreek veröffentlichten Programmschrift: *The Discipline for Pastoral Care Giving*. Foundations for Outcome Oriented Chaplaincy, New York/Abingdon 2012 [2001], 1–33; Judith R. Ragsdal, *Transforming Chaplaincy Requires Transforming Clinical Pastoral Education*, in: *Journal of Pastoral Care & Counseling* 72 (2018) 58–62.

¹² Vgl. Wendy Cadge, *Paging God. Religion in the Halls of Medicine*, Chicago 2012, 91: «The model focuses not on documenting what chaplains do but on documenting the effect their actions have.»

¹³ Vgl. Simon Peng-Keller, *Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts*. Von der sozialen Medizin zur WHO-Diskussion um die «spirituelle Dimension», in: Simon Peng-Keller/David Neuhold (Hg.), *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen*. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen, Darmstadt 2019, 13–71. www.wbg-darmstadt.de/Files/Article/ARTK_ZOA_1022047_0001.pdf, 03.03.2020.

Care als interprofessionelle Aufgabe entdeckt und wahrgenommen wird, bildet sie sich auch, bedingt durch die medizinische Dokumentationspflicht, in der klinischen Dokumentation ab. Im deutschsprachigen Raum zeigt sich diese Entwicklung am deutlichsten im Bereich der Palliative Care.¹⁴

(3) Während die beiden erstgenannten Faktoren mit Entwicklungen innerhalb des Gesundheitswesens zu tun haben, ist der dritte Faktor in einem gesellschaftlichen Wandel zu suchen, konkret in der seit Längerem zu beobachtenden weltanschaulich-religiösen Pluralisierung, die auch den Status der Seelsorge in öffentlichen Institutionen verändert. Das gilt für die Krankenhausseelsorge nicht weniger als für die Militär- und Gefängnisseelsorge. Dieser Umbruch, der sich gegenwärtig in Nordamerika¹⁵ und Australien¹⁶ ebenso vollzieht wie in europäischen Ländern, soll exemplarisch am Gesundheitswesen von Québec beschrieben werden, das bis weit ins 20. Jahrhundert von katholischen Institutionen bestimmt war.¹⁷ In den 1960er-Jahren setzte ein Transformationsprozess ein, der sich auch in der Veränderung der klinikseelsorglichen Berufsbezeichnung spiegelte. So wurde die traditionelle Bezeichnung «aumônier» in den 1970er Jahren abgelöst durch den Begriff der «agents de pastoral», was nicht zuletzt damit zu tun hatte, dass die Seelsorge zunehmend nicht mehr von Priestern, sondern von nicht ordinierten katholischen Seelsorgerinnen und Seelsorgern wahrgenommen wurde. In den 1990er Jahren kam die Bezeichnung «intervenante(s) en soins spirituels» auf, womit markiert wurde, dass das seelsorgliche Tätigkeitsfeld nicht mehr auf die katholische Pastoral beschränkt ist.¹⁸ Dieser Wandel im Verständnis der Seelsorge in öffentlichen Institutionen war eingebettet in eine religionspolitische Neuorientierung hin zu einer «offenen Laizität». Ein von der Regierung Québecs in

¹⁴ Vgl. Beitrag von Traugott Roser in diesem Band, 277–288.

¹⁵ Vgl. Winnifred Fallers Sullivan, *A Ministry of Presence. Chaplaincy, Spiritual Care, and the Law*, Chicago 2014.

¹⁶ Vgl. Christine Hennequin, *Charting and Documenting Spiritual Care in Health Services: Victoria, Australia* in: Peng-Keller/Neuhold, *Charting Spiritual Care*, 79–95.

¹⁷ Für eine ausführliche Darstellung vgl. Bruno Bélanger/Line Beauregard/Mario Bélanger/Chantal Bergeron, *The Quebec Model of Recording Spiritual Care. Concepts and Guidelines*, in: Peng-Keller/Neuhold, *Charting Spiritual Care*, 53–78.

¹⁸ Jacques Cherblanc/Guy Jobin, *L'intervention spirituelle dans les institutions sanitaires au Québec. Vers une psychologisation du religieux?*, in: *Archives de Sciences Sociales des Religions* 163 (2013) 39–62; Barbara Pesut/Sheryl Reimer-Kirkham/Richard Sawatzky/Gloria Woodland/Perry Peverall, *Hospitable Hospitals in a Diverse Society. From Chaplains to Spiritual Care Providers*, in: *Journal of Religion and Health* 51 (2012) 825–836.

Auftrag gegebener und 2007 veröffentlichter Bericht erläutert diesen Begriff folgendermassen:

«Eine offene Laizität anerkennt die Notwendigkeit eines neutralen Staats – die Gesetzgebung und die öffentlichen Institutionen dürfen weder eine religiöse noch eine säkulare Sichtweise begünstigen. Doch anerkennt sie ebenso die Bedeutung, die für viele Menschen die spirituelle Dimension des Lebens hat.»¹⁹

Im Hinblick auf das Gesundheitswesen fordert der Bericht einen ganzheitlichen Ansatz, der den biopsychosozialen und spirituellen Dimensionen einer Person Rechnung trage.²⁰ Auf dieser Linie liegt auch ein 2010 veröffentlichtes Dekret des Gesundheitsministeriums Québecs, das die Verantwortung für die Klinikseelsorge den Gesundheitsinstitutionen überträgt und diese dazu verpflichtet, auch auf die «spirituellen Bedürfnisse» zu achten.²¹ Im Horizont einer «new governance of religious diversity»²², die sich auch in Deutschland und der Schweiz abzeichnet,²³ hat seelsorgliche Dokumentationspraxis mehreren Bedürfnissen zu genügen. Neben der primären Aufgabe, eine gute intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen, dient sie auch dazu, den seelsorglichen Arbeitsaufwand zu bemessen. Die unter öffentlicher Aufsicht operierende Seelsorge hat dabei zu dokumentieren, dass sie zu den Zielsetzungen der jeweiligen Institution beiträgt und einer wachsenden religiös-spirituellen Pluralität gerecht zu werden vermag.

(4) Nicht weniger bedeutsam für die von uns nachgezeichnete Entwicklung ist der bereits benannte technologische Faktor: die Digitalisierung des Gesundheitswesens, die sich auch in der Einführung des elektronischen Pati-

¹⁹ Gérard Bouchard/Charles Taylor, *Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation. Rapport de la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*, Québec 2008, 140f.

²⁰ A. a. O., 169.

²¹ Gouvernement du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 2005, Art. 100.

²² Mar Griera/Julia Martínez-Ariño/Gloria García-Romeral, *Beyond the Separation of Church and State: Explaining the New Governance of Religious Diversity in Spain*, Göttingen 2014; Sullivan, *A Ministry of Presence*, 198.

²³ Das zitierte Urteil des Karlsruher Sozialgerichts ist dafür ebenso ein Beispiel wie die 2004 erfolgte Aufnahme der «spirituellen Dimension» in die Kantonsverfassung des Kantons Waadt oder die 2017 vom Regierungsrat des Kantons Zürich veröffentlichten Leitsätze zum Verhältnis zwischen Staat und Religion (j1.zh.ch/internet/justiz_innere/de/themen/religionsgemeinschaften/orientierung.html; 03.03.2020), vgl. Beitrag von Traugott Roser in diesem Band, 277–288.

entendossiers manifestiert. Seine Anfänge reichen bis in die 1960er Jahre zurück. Doch waren es die Erfolgsgeschichte des PCs und die Einführung des Internets, die dem elektronischen Patientendossier zur weltweiten Verbreitung verhelfen. Bedeutete die Digitalisierung der Krankenakte zunächst lediglich den Wechsel vom Stift zur Tastatur, so brachten die neuen webbasierten Patientendossiers (EMRs) bald schon erhebliche qualitative Veränderungen mit sich. Geleitet von der Zielsetzung, Daten patientenzentriert zu sammeln, zusammenzuführen und rasch verfügbar zu machen, entwickeln sich immer umfassendere Dossiers. Der klinische Alltag ist inzwischen weltweit in hohem Masse durch digitale Dokumentation, Kommunikation und Koordination bestimmt. Das betrifft auch die Spitalseelsorge. Will sie ihren Aufgaben nachkommen und ihr Angebot in digitalen Welten präsent machen, kommt sie nicht darum herum, sich in der einen oder anderen Form an dieser Entwicklung zu beteiligen. Die Dokumentation klinikseelsorglicher Arbeit nimmt dabei eine Schlüsselstellung ein. Der nun folgende Abschnitt vermittelt einen Überblick über unterschiedliche Wege, die in diesem Zusammenhang bereits beschritten werden.

Doch halten wir einen Moment inne, um zu erwägen, wie die beschriebenen Entwicklungen zusammenhängen. Aus unserer Sicht spielt die Digitalisierung des Gesundheitswesens insofern eine Sonderrolle, als das elektronische Patientendossier ein Medium darstellt, das die drei erstgenannten Faktoren nicht nur miteinander verknüpft, sondern auch verstärkt. Zwar bilden sich Grundlagen für die wirksamkeitsorientierte Seelsorge, die interprofessionelle Spiritual Care und die «new governance of religious diversity» noch vor der digitalen Revolution der 1990er Jahre heraus. Doch führt erst diese dazu, dass die Krankenhausseelsorge sich international in einer unvergleichlichen Intensität darum zu bemühen beginnt, sich an der klinischen Dokumentation zu beteiligen.

2 Aktuelle Entwicklungen

Um die aktuellen Entwicklungen zu skizzieren, greifen wir auf eine Typologie der Sozialanthropologin Wendy Cadge zurück. In ihrer Analyse der gegenwärtigen Entwicklungen in den USA ordnet sie die von ihr untersuchten Seelsorgeteams einem Spektrum zu, das sich von einem herkömmlichen Seelsorgemodell bis zur ergebnisorientierten Seelsorge ausspannt.²⁴ Am einen

²⁴ Cadge, Paging God, 114–118.

Ende des Spektrums stehen jene Seelsorgeeinheiten, deren Mitglieder weitgehend unabhängig von den interprofessionellen Versorgungsteams arbeiten und sich in einer institutionellen Randposition befinden. Die Seelsorgeteams am anderen Ende des Spektrums bestehen hingegen aus Fachpersonen, die sich als eine eigene Profession im Gesundheitswesen verstehen und die in interprofessionelle Kommunikations- und Dokumentationsprozesse eingebunden sind. Im Mittelbereich des Spektrums befinden sich schliesslich Seelsorgeteams, die sich in einem Übergang befinden – in Richtung einer stärkeren interprofessionellen Einbindung.

So unzureichend auch die skizzierte Komplexität gegenwärtiger Wandlungsprozesse in dieser Typologie abgebildet sein mag, sie kann gleichwohl dazu dienen, die gegenwärtige internationale Entwicklung zu überblicken. Es ist nicht zu bestreiten: In der Dokumentationspraxis spiegelt sich, ob und wie Seelsorgende in klinische Abläufe eingebunden sind und sich an ihnen beteiligen. An ihr zeigt sich, ob sie eher als externer oder interner Dienst wahrgenommen werden.²⁵ Bemerkenswert ist, dass die gegenwärtige Entwicklung digitaler Dokumentation klinischer Seelsorge konfessionsübergreifend ist und länderspezifischen Mustern folgt. Ob Seelsorgerinnen und Seelsorger sich an der interprofessionellen Dokumentation beteiligen, hängt, international betrachtet, nicht davon ab, ob sie katholisch, reformiert, methodistisch, jüdisch usw. sind, sondern vom jeweiligen Gesundheitssystem, in dem sie tätig sind. Das bedeutet nicht, dass es sich um eine lediglich pragmatisch zu beantwortende Frage ohne theologische Implikationen handelt. Doch offenbar lässt sich die seelsorgliche Beteiligung an der interprofessionellen Dokumentation aus unterschiedlichen theologischen Perspektiven begründen.

Wie zeigt sich die aktuelle Entwicklung, wenn man sie auf Cadges Spektrum abbildet? Die Mehrheit der in deutschsprachigen Gesundheitsinstitutionen tätigen Seelsorgeteams dürfte dem erstgenannten Typus zuzuordnen sein. Die Beteiligung an der interprofessionellen Dokumentation ist entweder rechtlich erschwert oder aus theologischen Gründen verpönt. Eine Ausnahme bildet die Palliative Care,²⁶ in der die Seelsorge als Teil des Behandlungsteams betrachtet wird und deshalb zur Dokumentation verpflichtet ist. Zugleich zeichnet sich gegenwärtig auch im deutschsprachigen Raum eine deutliche Veränderung der herkömmlichen Situation ab. Der vorliegende

²⁵ Es ist allerdings auch an dieser Stelle nochmals zu erwähnen, dass die Entwicklung einer klinkseelsorglichen Dokumentationspraxis auch rechtliche Vorgaben eine wichtige Rolle spielen und die aktuelle Praxis auch den rechtlichen Rahmen widerspiegelt.

²⁶ Vgl. nochmals Beitrag von Traugott Roser in diesem Band, 277–288.

Band ist dem Sachverhalt geschuldet, dass eine wachsende Zahl von Seelsorgeteams in der Schweiz begonnen hat, in interprofessionellen Kontexten zu dokumentieren.²⁷ Auf Cadges Spektrum bewegen sie sich im mittleren Bereich. Die seelsorgliche Dokumentation ist zwar schon im interprofessionellen Feld verortet, doch ist sie noch sehr reduziert und wenig standardisiert. Bereits etwas stärker entwickelt hat sich die klinikseelsorgliche Dokumentationspraxis in grösseren Spitälern Australiens,²⁸ Belgiens,²⁹ der Niederlanden,³⁰ in Ländern also, in denen die Spitalseelsorge teilweise oder ganz aus nicht-kirchlichen Quellen finanziert und als Teil des Gesundheitswesens betrachtet wird. Dennoch befindet sich die seelsorgliche Dokumentation auch in diesen Ländern noch in einer Experimentierphase. So fehlen beispielsweise bislang institutionsübergreifende Standards und etablierte Weiterbildungsangebote.

Am stärksten etabliert ist die hier beleuchtete Praxis in grösseren nord-amerikanischen Gesundheitsinstitutionen.³¹ Da die kanadische Entwicklung weiter oben bereits zur Sprache kam, beschränken wir uns im Folgenden auf die USA. Vorab sei erwähnt, dass auch hier die aktuellen Veränderungen im Bereich der Klinikseelsorge mit einer «new governance of religious diversity» zusammenhängen.³² So gehört die *Veterans Health Administration*, die grösste US-amerikanische Gesundheitsinstitution mit enger Verbindung zur US-Army, zu jenen Akteuren, die die Professionalisierung der Krankenhausseelsorge besonders intensiv vorantreiben. Wer in der VHA als Seelsorger tätig ist, ist unabhängig von seiner religiösen Zugehörigkeit zur Dokumentation verpflichtet.³³ Um die seelsorgliche Dokumentationspraxis in solchen Institutionen zu veranschaulichen, greifen wir exemplarisch ein Modell heraus, das

²⁷ Vgl. Pascal Mösli, Charting in Switzerland: Developments and Perspectives, in: Peng-Keller/Neuhold, Charting Spiritual Care, 145–170.

²⁸ Vgl. Hennequin, Charting and Documenting Spiritual Care.

²⁹ Vgl. Anne Vandenhoeck, The Spiritual Care Giver as a Bearer of Stories: A Belgian Exploration of the Best Possible Spiritual Care, in: Peng-Keller/Neuhold, Charting Spiritual Care, 129–144.

³⁰ Vgl. Wim Smeets, Spiritual Care and Electronic Medical Recording in Dutch Hospitals, in: Peng-Keller/Neuhold, Charting Spiritual Care, 117–128.

³¹ Vgl. Bélanger/Beauregard/Bélanger/Bergeron, The Quebec Model of Recording Spiritual Care.

³² Ausführlich beschrieben, in: Sullivan, A Ministry of Presence.

³³ VHA Directive 1111(1), Spiritual and Pastoral Care in the Veterans Health Administration, 2016 (amended 2019), 19: «Chaplains are responsible for documenting care in medical records». Zur Rolle der VHA für die Entwicklung der Seelsorge in öffentlichen Institutionen in den USA vgl. Sullivan, A Ministry of Presence.

zu den elaboriertesten seiner Art gehören dürfte: jenes des texanischen *Memorial Hermann Health System (MHH)*. Es wurde zwischen 2005 und 2007 entwickelt und anschliessend durch ein intensives Schulungsprogramm implementiert.³⁴ Die Struktur der seelsorglichen Dokumentation am MHH ist konsequent am Paradigma einer ergebnisorientierten Seelsorge orientiert. Die Einführung digitaler Seelsorgedokumentation diene gleichzeitig dazu, dieses Paradigma konsequent zu implementieren. Zwischen 2013 und 2014 wurde das digitale Template nochmals revidiert und auf der Basis einer neuen Software auch technisch aktualisiert. Der protestantische Seelsorger Brent Peery, der diesen Prozess seit Beginn massgeblich koordinierte, schreibt zu den Zielsetzungen dieser letzten Entwicklungsphase:

«Unsere Task Force hat bei der letzten Überarbeitung unseres Template vier Prioritäten festgelegt. Die erste Priorität war die einfache Handhabung für die Dateneingabe. Wir wollten es den Seelsorgenden so einfach wie möglich machen, ihre Tätigkeit im Wissen um die hohe Arbeitsbelastung klar zu dokumentieren. Die zweite Priorität war die Übersichtlichkeit der resultierenden Einträge. Wir wollten, dass die Informationen für jene, die unsere Einträge lesen würden, klar ist. Unsere dritte Priorität war, dass wir es anstrebten, dass das Template für die Seelsorge nützlich ist. Wir wollten, dass das Template zu einem Aktion-Reflexions-Handlungsmodell der beruflichen Entwicklung beiträgt. Wir haben es so konzipiert, dass es den Seelsorgenden hilft, den Inhalt und die Wirksamkeit ihrer Arbeit zu überdenken. Ein wesentlicher Bestandteil davon ist, dass wir umfangreiche Listen mit vorformulierten Einträgen zusammenstellen. Wir denken, dass dies von besonderem Wert für jene Seelsorgenden ist, die noch in der Ausbildung sind oder am Anfang ihrer Tätigkeit stehen. Wir wollten zudem ein Template entwickeln, das anderen gesundheitsberuflichen Fachpersonen hilft, die seelsorgliche Arbeit besser zu verstehen. Unsere letzte grosse Priorität war es, ein Instrument zu entwickeln, das das Potenzial hat, daraus Daten für die zukünftige Forschung über unsere Arbeit zu extrahieren.»³⁵

Dieses digitale Template ist so eingerichtet, dass die Nöte und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten nach festen Kriterien und in einer standardisierten Sprache festgehalten werden können, um die seelsorgliche Unterstüt-

³⁴ Wir greifen dabei zurück auf die Darstellung von Brent Peery, *Chaplaincy Documentation in a Large U. S. Health System*, in: Peng-Keller/Neuhold, *Charting Spiritual Care*, 21–52.

³⁵ Ebd.

zung darauf abzustimmen. Dazu sieht die Software sowohl anklickbare Vorgaben als auch die Möglichkeit vor, eigene Notizen einzugeben. Dokumentiert werden u. a. der Anlass der seelsorglichen Begegnung, ihre Länge, die Formen seelsorglicher Unterstützung (z. B. Trauerbegleitung, Erkunden von Hoffnung, Gebet) und deren Auswirkung (z. B. seelische Beruhigung, Ausdruck von Dankbarkeit), die Einschätzung von Ressourcen und Belastungsfaktoren sowie das geplante weitere Vorgehen. Um die klinische Kommunikation zu erleichtern, fasst das Programm die Einträge am Ende übersichtlich zusammen.

Erwähnt sei schliesslich, dass sich die hier beschriebene Entwicklung nicht auf westliche Gesellschaften beschränkt. Aufgrund der Globalisierung des Gesundheitswesens und der weltweiten Verbreitung digitaler Medien ist damit zu rechnen, dass sich auch digitalisierte Dokumentationspraktiken in sehr unterschiedlichen Kontexten durchsetzen werden. Um nur ein Beispiel zu nennen: Zeitgleich zur Entstehung des vorliegenden Bandes hat die Entwicklung ein Slum Nairobis erreicht, das vorwiegend von muslimischen Bevölkerungsgruppen bewohnt wird. Das anfangs 2019 eingeführte digitale Dokumentationsinstrument soll in Kenia dazu beitragen, die Aktivitäten eines ambulanten AIDS-Programms zu koordinieren. Dabei werden auch spirituelle Bedürfnisse erfragt und dokumentiert. Initiiert wurde diese Dokumentationspraxis durch den katholischen Priester und Sozialarbeiter Richard W. Bauer, der wenige Jahre zuvor im Mount Sinai Krankenhaus in New York die Möglichkeiten digitaler Dokumentation klinischer Seelsorge schätzen lernte.³⁶

3 Forschungsstand

Der Forschungsbereich zu Fragen der Dokumentation von Spiritual Care in elektronischen Patientenakten ist in den letzten Jahren rasch angewachsen. In der nun folgenden Kurzübersicht zum Forschungsstand ordnen wir die für unser Thema relevanten und gesichteten Studien fünf übergreifenden Bereichen zu: (a) konzeptionellen Fragen, (b) dem spirituellen Assessment, (c) Modellen der Dokumentation sowie (d) Praktiken der Dokumentation und (e) der Frage nach der Patientenperspektive. Die ausgesteckten Bereiche sind freilich nicht streng voneinander zu trennen, wie wir noch sehen werden.

³⁶ Für weitere Informationen zu diesem Projekt vgl. in: Peng-Keller/Neuhold, Charting Spiritual Care.

(a) *Grundlegende konzeptionelle Fragen*: Robert A. Ruffs 1996 erschienener Beitrag kann als Ausgangspunkt einer zentralen Diskussion angesehen werden. Er wurde seither mehrfach zitiert und breit aufgegriffen. Schon der Titel liess etwas von der Programmatik des Textes erahnen: «Leaving Footprints», also das «Hinterlassen von Fussabdrücken». Mit Notizen und Einträgen hinterlassen Krankenhausseelsorger Spuren ihrer Arbeit, Ruff sprach in einem beruflichem Umfeld von der Notwendigkeit der «Sichtbarmachung von Krankenhausseelsorge».³⁷ Krankenhausseelsorger (im Engl. «chaplains») führen ihre Arbeit nunmehr verstärkt in einem evidenzbasierten Umfeld aus (vgl. Kapitel 1.3). Eine spezifische Rechenschaftspflicht wird auch ihnen zugeordnet. Durch die Beteiligung an der interprofessionellen Dokumentation legen Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen einen umfassenden Blick auf ihre Arbeit frei. So zeigt sich ein breites Arbeitsfeld, das grösser ist als dasjenige ihrer Vorgänger, die sich üblicherweise auf «Religiöses» in einem engeren Sinne beschränkten bzw. beschränken mussten.³⁸ 2007, während einer ersten Welle der Implementierung von webbasierten EMRs, führte die neue «Sichtbarkeit von Krankenhausseelsorgern», ihre gesetzten Fussabdrücke also, zu einer hitzigen Debatte, wobei die berufliche Identität und der Status von Krankenhausseelsorgern und Krankenhausseelsorgerinnen in den Mittelpunkt gerückt wurde. Jene programmatische Auseinandersetzung sah sich von der Ärztin Roberta Springer Loewy und ihrem Mann, dem Arzt und Bioethiker Erich H. Loewy, angestossen.³⁹ Nach Ansicht des Ärztepaars hat die Seelsorge durchaus ihren Platz im klinischen Umfeld. Dennoch sollte den Seelsorgern und Seelsorgerinnen das Recht auf Zugang zu bzw. die Möglichkeit, in patientenzentrierten EMRs Einträge anzufertigen, verweigert werden; Religion sei Privatsache. Als problematisch sahen die Loewys vor allem die zunehmende Professionalisierung der Krankenhausseelsorge an und gleichzeitig beargwöhnten sie deren immer stärkere systemische Integration ins Klinikwesen. Die Loewys folgten dem Motto: «Schuster, bleib bei deinem Leisten», d. h. «Seelsorger, verbleib in deinem religiösen Bereich und dringe nicht

³⁷ Robert A. Ruff, «Leaving footprints.» The Practice and Benefits of Hospital Chaplains Documenting Pastoral Care Activities in Patients' Medical Report, in: Journal of Pastoral Care 50/4 (1996) 383–391, 390.

³⁸ Wendy Cadge/Katherine Calle/Jennifer Dillinger, What do Chaplains Contribute to Large Academic Hospitals? The Perspectives of Pediatric Physicians and Chaplains, in: Journal of Religion and Health 50 (2011) 300–312.

³⁹ Roberta Springer Loewy/Erich H. Loewy, Healthcare and the Hospital Chaplain, in: Medscape General Medicine 9/1 (2007) [e-Journal].

in die medizinische Sphäre vor!» Diese durchaus kritische, ja deutliche Position der Loewys wurde u. a. von McCurdy aufgenommen und zu widerlegen versucht.⁴⁰ McCurdy meinte, dass es die Loewys nicht geschafft hätten, einen schon fahrenden Zug aufzuhalten. Wintz und Handzo ihrerseits wiesen kurz darauf auf Hauptunterschiede zwischen (Gemeinde-)Pastoren und Seelsorgern im Gesundheitsbereich hin, der in diesem Kontext zu beachten sei.⁴¹ Es gelte dabei grundlegende Unterschiede zu bedenken. Konsequentermaßen umschreiben Wintz und Handzo das «Seelsorgegeheimnis» enger, sehen es bezogen «auf Informationen, die jemand, der um Vergebung bittet, mit einem Kleriker im Rahmen eines rituellen Geständnisses teilt.» Der Rekurs auf das Seelsorgegeheimnis, um Seelsorge an der interprofessionellen Arbeit und der Dokumentation eben dieser zu hindern, greife wesentlich zu kurz. Da das rituell-sakramentale Bekenntnis in der Beichte in der Arbeit der Krankenhausseelsorger nur eine marginale Rolle spielt, kann der Hinweis auf die «geistliche Vertraulichkeit» irreführend bzw. zu eng gefasst sein. Analoges konnten wir schon bei Russell L. Dicks vorfinden. Laut Wintz und Handzo sollte der Grad der Vertraulichkeit von Krankenhausseelsorge von deren spezifischen Aufgaben geprägt sein. So verweisen sie auf die Standards der APC (*Association of Professional Chaplains*), die besagen, dass die Weitergabe von Informationen dann erlaubt ist, wenn sie «für die medizinischen, psychosozialen und spirituellen/religiösen Versorgungsziele des Patienten relevant» seien. In analoger Weise spricht Alex Liégeois von der «Anwendung des Relevanzfilters»⁴². Es dürfen nur Informationen festgehalten werden, die für die interprofessionelle Versorgung des Patienten bzw. der Patientin bedeutsam sind.

(b) *Spirituelles Assessment und Dokumentation*: Die Fragen nach dem spirituellen Assessment und der Dokumentation klinischer Seelsorge sind eng miteinander verbunden. Die Ergebnisse eines bestimmten spirituellen Assessments müssen ja in geeigneter Form festgehalten werden. Dies gilt sowohl für

⁴⁰ David McCurdy, Chaplains, Confidentiality and the Chart, in: Chaplaincy Today 28/2 (2012) [e-Journal].

⁴¹ Sue Wintz/George Handzo, Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge. Wege zum Menschen 67/2 (2015) 160–164; siehe auch die englische Version, in: www.handzoconsulting.com/blog/2013/9/19/documentation-and-confidentiality-for-chaplains.html; 03.03.2020.

⁴² Alex Liégeois, Le conseiller spirituel et le partage d'informations en soins de santé. Un plaidoyer pour un secret professionnel partagé, in: Counseling et Spiritualité 29/2 (2010) 85–97, 93.

Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen als auch für medizinisches Fachpersonal in der Pflege⁴³, die Ärzteschaft⁴⁴ oder aber auch den Bereich der Sozialarbeit.⁴⁵ Obwohl die Literatur zu spirituellen Assessments generell umfangreich ist,⁴⁶ ist der Bedarf an adäquaten Formen und Werkzeugen in der Dokumentation in diesem Zusammenhang bisher kaum diskutiert worden. Eine Ausnahme bildet die Doktorarbeit von Adams,⁴⁷ die den Zusammenhang zwischen spirituellem Assessment und den anschließend durchgeführten konkreten Interventionen untersucht. In seiner qualitativen Studie über Muster in der Dokumentation kam Adams zu dem Schluss, dass es notwendig sei, eine konsistentere Beziehung zwischen den beiden Parametern von Assessment und Intervention herzustellen. Hilsman brachte seinerseits einen Ansatz in die Diskussion ein, welcher in erster Linie auf seinen eigenen Erfahrungen beruhte. Dabei brachte er über zwanzig «spirituelle Bedürfnisse» ins Spiel, die gewichtet werden mussten, und plädierte dann für eine narrative, interprofessionell orientierte Aufzeichnungsweise, die sich aus wenigen Sätzen zusammensetzt.⁴⁸ Während Hilsman nach eigenen Vorstellungen ein kohärentes Instrument zu Assessment und Dokumentation entwickelte, folgten die Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen des Ottawa Hospital den Anforderungsbestimmungen des *College of Registered Psychotherapists of Ontario*, dem sie kurz davor beigetreten waren. Damit wurde die Entwicklung neuer Vorlagen für die elektronische Dokumentation in ein Qualitätsverbesserungsprojekt eingebettet. Jenes beinhaltete eine qualitative Un-

⁴³ Vgl. etwa Wilfred McSherry, *Making sense of Spirituality in Nursing and Health Care Practice, an Interactive Approach*, London 2008.

⁴⁴ Vgl. Christina Puchalski, *Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference*, in: *Journal of Palliative Medicine* 12/10 (2009) 885–904.

⁴⁵ Vgl. David Hodge, *Spiritual Assessment in Social Work and Mental Health Practice*, New York 2014.

⁴⁶ Vgl. Bruce Rumbold, *Spiritual Assessment and Health Care Chaplaincy*, in: *Christian Bioethics* 19/3 (2013) 251–269; Michael J. Balboni, *A Theological Assessment of Spiritual Assessments*, in: *Christian Bioethics* 19/3 (2013) 313–331.

⁴⁷ Kevin Eugene Adams, *Patterns in Chaplain Documentation of Assessments and Intervention. A Descriptive Study*, Richmond, Virginia 2015.

⁴⁸ Gordon Hilsman, *Spiritual Care in Common Terms: How Chaplains Can Effectively Describe the Spiritual Needs of Patients in Medical Records*, London/Philadelphia 2017, 157.

tersuchung von 104 Spiritual Care Assessments, welche sich in EMRs vermerkt fanden.⁴⁹ Diese Studie aus Kanada ist insofern zukunftssträchtig, als sie gut belegt, dass elektronische Aufzeichnungen sowohl Gegenstand einer Studie als auch ein zentrales Instrument für die Forschung im Bereich der Weiterentwicklung von Krankenhausseelsorge sein können. Aufgrund ihres modellbildenden Ansatzes könnten sowohl Hilsmans als auch Stangs Studien bereits in den nachfolgend abgegrenzten Bereich einbezogen werden.

(c) *Verschiedene Dokumentationsmodelle*: In der Entwicklung neuer Modelle und Werkzeuge für die Dokumentation haben Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen im Wesentlichen zwei Möglichkeiten: Die narrative Art und Weise der Verschriftlichung oder die Verwendung von Checkboxes, d. h. vorgefertigte Raster oder erstellte Schemata, wo Häkchen zu setzen sind. Die Frage berührt, so banal sie auf den ersten Blick erscheint, zentrale Punkte in der spirituellen Begleitung im klinischen Umfeld. In seinem mit »Pastorale Produkte oder Seelsorge?«⁵⁰ betitelten Beitrag bezog Tarris D. Rosell sich speziell auf die beim Dokumentieren verwendete Terminologie. Er betonte dabei die sprachphilosophisch bekannte und herausgearbeitete Macht der Sprache einerseits darin, Realitäten zu beschreiben und andererseits, diese auch kreativ, d. h. performativ, zu schaffen. Obschon prinzipiell eine Mischung aus beiden Dokumentationsformen, d. h. Freitextbereichen und Checkboxes, ratsam erscheint und dazu die narrative Praxis allgemein als der umfassendere *best-practice*-Ansatz angesehen wird, gibt es doch Stimmen, die auf die Vorteile in der Verwendung von Kontrollkästchen hinweisen. Diese fehlen auch im vorliegenden Band nicht.⁵¹ Schon 2011 diskutierte Burkhart die Vor- und Nachteile Likert-skaliert-er Diagramme, d. h. mit vorgegebenen und zu gewichtenden Kategorien, im Vergleich zu Notizen und Einträgen, die den Fortschritt in der Behandlung anzeigen.⁵² Während der Checkboxes-Zugang auf jeden Fall Zeit spart und (informations)technisch stromlinienförmiger ist,

⁴⁹ Vivian B. Stang, An e-Chart Review of Chaplains' Interventions and Outcomes: A Quality Improvement and Documentation Project, in: Journal of Pastoral Care and Counseling 7/3 (2017) 183–191.

⁵⁰ Tarris D. Rosell, Pastoral Products or Pastoral Care? How Marketplace Language Affects Ministry in Veterans Hospitals, in: Journal of Pastoral Care and Counseling 60/4 (2006) 363–367.

⁵¹ Pascal Mösl/Livia Wey-Meier/David Neuhold, Ankreuzen oder erzählen? Ein Plädoyer für Checkboxes in der klinischen Seelsorgedokumentation, in diesem Band, 125–147.

⁵² Lisa Burkhart, Documenting the Story: Communication within a Healthcare Team, in: Vision 21/3 (2011) 28–33.

stellt sich die Frage, ob eine solche doch massive Standardisierung das Selbstverständnis der Krankenhausseelsorge angemessen wiedergibt: Spiegeln narrative Einträge nicht den individuell-existentiellen Ansatz der Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen adäquater und damit besser wider? Rebecca Johnson und ihre Kolleginnen und Kollegen setzen sich ihrerseits für die Entwicklung neuer «Sprachkenntnisse» und die Umsetzung von Eindeutigkeit ein,⁵³ damit die Arbeit der Krankenhausseelsorge richtig verstanden wird und für spätere Nachbearbeitung hilfreich sein kann. Die verfügbare Literatur – und nicht zuletzt der vorliegende Band – zeigen nicht nur, dass verschiedene Modelle der Dokumentation spiritueller Betreuung verwendet werden, sondern auch, dass unterschiedlich geformte Modelle in verschiedenen Kontexten je auf ihre Art und Weise am nützlichsten und sinnvollsten sein können. Eine strenge Standardisierung ist noch lange nicht erreicht und wahrscheinlich nicht einmal wünschenswert.⁵⁴ Das führt uns schon zum nächsten Punkt, der eng mit dem soeben behandelten zusammenhängt.

(d) *Praktiken der Dokumentation*: Eine vierte Gruppe von Studien, die wir hier ab- bzw. eingrenzen wollen, untersucht aktuelle Praktiken der Dokumentation. Die Forschungsfragen und -methoden erstrecken sich dabei in verschiedene Richtungen und spiegeln das breite Spektrum von eher deskriptiven bis hin zu eher evaluativen Ansätzen wider. Ein Beispiel für den ersteren Zugang ist die Studie von Johnson und Kollegen, die bereits im vorherigen Absatz dieses Überblicks eingebunden wurde. Die von diesem Team verwendeten Daten – mehr als 400 Freitext-EMR-Einträge – stammten von einem besonderen und hochspezialisierten Ort, nämlich einer neurologischen Intensivstation. Über eine profunde Inhaltsanalyse wurden wiederkehrende Themen zu identifizieren versucht. Die am häufigsten anzutreffenden Themen waren solche wie «Patienten- und Familienpraktiken, Überzeugungen, Bewältigungsmechanismen, besondere Anliegen, emotionale Ressourcen und Bedürfnisse, Unterstützung von Seiten der Familie bzw. des Glaubens, medizinische Entscheidungsfindung sowie medizinische Kommunikation»⁵⁵. Freitext-EMR-

⁵³ Rebecca Johnson/M. Jeanne Wirpsa/Lara Boyken/Matthew Sakumoto/George Handzo/Abel Kho/Linda Emanuel, Communicating Chaplains' Care: Narrative Documentation in a Neuroscience-Spine Intensive Care Unit, in: Journal of Health Care Chaplaincy 22/4 (2016) 133–150.

⁵⁴ Alexander Tartaglia/Diane Dodd-McCue/Timothy Ford/Charles Demm/Alma Hassell, Chaplain Documentation and the Electronic Medical Record: A Survey of ACPE Residency Programs, in: Journal of Health Care Chaplaincy 22/2 (2016) 41–53.

⁵⁵ Johnson/Wirpsa/Boyken/Sakumoto/Handzo/Kho/Emanuel, Communicating Chaplains' Care, 137–139.

Einträge von Krankenhausseelsorgern und Krankenhausseelsogerinnen auf einer Intensivstation wurden auch von Lee und Kollegen 2017 untersucht.⁵⁶ Deren Zielsetzung war jedoch nicht nur beschreibend – wie im Studientitel aufgeführt –, sondern auch stärker normativ ausgerichtet. Insgesamt stellten sie den Nutzen von EMR-Notizen aus dem Bereich der Krankenhausseelsorge für die interprofessionelle Kommunikation zur Diskussion, wobei ein Grundsatz lautete: «Die Dokumentation sollte eine klinisch relevante Kommunikation ermöglichen.» Das Ergebnis dieser Studie von Lee und Kollegen zu Freitext-Einträgen zeigte insgesamt einen hohen Entwicklungs- und Handlungsbedarf: «Der Beitrag, den Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsogerinnen durch die tiefgehenden Interaktionen mit Patienten leisten, scheint sich nicht in der von uns beobachteten klinischen Dokumentation widerzuspiegeln.»⁵⁷ Die meisten der überprüften Einträge waren denn so auch nicht spezifisch genug oder sie enthielten lediglich Informationen, die bereits in dem EMR verfügbar waren. Eine andere Studie von Aslakson, Kolleginnen und Kollegen aus dem Jahr 2017 untersuchte, wie die EMR-Einträge von Seelsorgenden spirituelle Fragen artikulieren, wiederum und vor allem im Umfeld der Intensivmedizin. Die Studie ergab, dass Spiritualität für Patienten auf der Intensivstation und ihre Familien äusserst wichtig sei, identifizierte aber verschiedene Hindernisse für die korrekte Zusammenstellung von Notizen aus der spirituellen Betreuung.⁵⁸ Aslakson und ihr Team stehen standardisierten Schemata und Checkboxes kritisch gegenüber und bevorzugen Notizen in freier Form, die sich insbesondere durch einen gewissen narrativen Zugang auszeichnen.⁵⁹ Indem die Studie sich auch auf Patientenbewertungen stützt, unterstreicht sie die Bedeutung eines Punktes, welcher nun im nächsten und letzten Abschnitt besonders hervorgehoben werden soll.

(c) *Die Perspektive des Patienten bzw. der Patientin:* Die Studie von Lee und anderen hob das Problem der Verzerrung durch «Selbst»-Dokumentation hervor. Wenn man dokumentiert, dokumentiert man ja auch immer sich

⁵⁶ Brittany M. Lee/Curlin A. Farr/Philip J. Choi, Documenting Presence: A Descriptive Study of Chaplain Notes in the Intensive Care Unit, in: Palliative and Supportive Care 15 (2017) 190–196.

⁵⁷ Lee/Farr/Choi, Documenting Presence, 195.

⁵⁸ Rebecca Aslakson/Josephine Kweku/Malonnée Kinnison/Sarabdeep Singh/Thomas Y. Crowe, and the AAHPM Writing Group, Operationalizing the Measuring What Matters Spirituality Quality Metric in a Population of Hospitalized, Critically Ill Patients and Their Family Members, in: Journal of Pain and Symptom Management 53/3 (2017) 650–655, 653.

⁵⁹ A. a. O., 654.

selbst. Daran führt kein Weg vorbei. So kann oftmals eine Tendenz zu einer Überbetonung wahrgenommener positiver Erfahrungen oder günstiger Ereignisse festgestellt werden – Momente also, die für die Krankenhausseelsorger wichtiger sind als für andere bzw. die Patienten oder Patientinnen selbst. In ihrer Studie über Dokumentationsinhalte von Krankenhausseelsorgenden stellten Montonye und Calderone fest, dass sie mehr Informationen über die Pflegekräfte und Betreuer als über die konkreten Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen lieferten.⁶⁰ Die Einträge gaben so die Perspektive der Krankenhausseelsorgenden in starker Weise wieder – anstatt Informationen aus der Sicht des Patienten beizubringen. Um jene autoreferentielle Verzerrung zu korrigieren, sind Studien und Zugänge erforderlich, die die Perspektive des Patienten bzw. der Patientin systematisch berücksichtigen und integrieren. So bezeichnete PROMS («Patient Reported Outcome Measures») werden daher wohl immer wichtiger.⁶¹ In der Westschweiz wurde eine wegweisende Studie in diese Richtung durchgeführt. Tschannen und Kollegen befragten 2014 50 Patienten und Patientinnen zu ihrer allgemeinen Einstellung bezüglich interprofessioneller Dokumentation durch Krankenhausseelsorgende.⁶² Bezeichnenderweise wurden die Interviews von Krankenhausseelsorgern und Krankenhausseelsorgerinnen geführt. Die Patienten und Patientinnen wurden gefragt, ob sie grundsätzlich für die Weitergabe personenbezogener Daten offen sind oder ob sie dies für problematisch hielten. Etwa 70 % der Befragten erachteten die interprofessionelle Dokumentation als wünschenswert. Patienten und Patientinnen, die in Bezug auf ihren Gesundheitszustand pessimistischer eingestellt waren, neigten eher dazu, derartige Offenlegungen als problematisch zu empfinden. Bemerkenswert ist zudem, dass die Einstellung der Patienten bzw. der Patientinnen stark vom Interviewer abhängig war: Die Antworten variierten je nach Interview-Partner von Seiten der Krankenhausseelsorge.

⁶⁰ Martin Montonye/Steve Calderone, Pastoral Interventions and the Influence of Self-reporting: a Preliminary Analysis, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 16 (2010) 65–73, 65.

⁶¹ Austyn Snowden/Iain Telfer, Patient Reported Outcome Measure of Spiritual Care as Delivered by Chaplains, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 23/4 (2017) 131–155.

⁶² Olivier Tschannen/Pierre Chenuz/Emmanuel Maire/Daniel Petremand/Peter Voltenweider/Cosette Odier, Transmission d'informations par les aumôniers dans le dossier-patient: le choix des patients, in: *Forum Med Suisse* 14/49 (2014) 924–926.

4 Die Diskussionsbeiträge des vorliegenden Bands

Zum Schluss dieser Einleitung steht ein knapper Überblick der im Anschluss präsentierten Beiträge. Dabei sollen die groben Themenfelder vorgestellt werden, die sich in fünf Abschnitten entfalten. Grundsätzliche *Annäherungen* an die Frage der seelsorglichen Dokumentation in Patientenakten stehen zu Beginn (Eva-Maria Faber und Hanspeter Schmitt). Mit diesen zwei theologisch und anthropologisch fundierten Zugängen wird der Boden bereitet. Stärker praktisch-theologischen Aspekten und *Modellen* konkreter Dokumentation verpflichtet zeigt sich der zweite Abschnitt, der internationale Transformationsprozesse beleuchtet (Anne Vandenhoeck, Pascal Mösl, Livia Wey-Meier, David Neuhold) und sich dann spezifisch und konkret dem schweizerischen Kontext annimmt (Pascal Mösl). Die Beiträge des dritten Abschnitts fokussieren auf das in der Debatte zentrale *Seelsorgegeheimnis* (Michael Coors, David Neuhold, Ralph Kunz). Dass das Thema nicht nur die Seelsorge angeht, wird im vierten Abschnitt deutlich, der sich *interprofessioneller Zugänge* annimmt. Dabei sehen sich Sichtweisen und Erfahrungen aus der pflegfachlichen und psychiatrischen Praxis in den Band eingeflochten (Settimio Monteverde, Josef Jenewein und Alois Metz sowie Maya Zumstein-Shaha). Den Abschluss des Bandes bilden drei Beiträge, die als vertiefende *Perspektiven* nochmals in die Dokumentationspraxis hineinführen und darin Ausblicke auf die Seelsorgeforschung, die Professionalität der Spitalseelsorge als solcher sowie auf Dokumentation als spiritueller Übung liefern (Traugott Roser, Claudia Graf, Simon Peng Keller). Mit diesen drei Beiträgen wird der in dieser Einleitung eröffnete Spannungsbogen abgeschlossen.

Zusammenfassung: Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die Frage von Dokumentation seelsorglicher Begleitung im US-amerikanischen Kontext reflektiert und umgesetzt. Mit Richard C. Cabot und Russell L. Dicks erfolgte Ende der 1930er Jahre allerdings ein erneuter Schub hin zu einer Seelsorge, die Dokumentation in ihr Pflichtenheft integrierte, nach dem Motto: Ohne Dokumentation keine professionelle Seelsorge. Aber erst mit dem aufkommenden digitalen Zeitalter an der Schwelle zum neuen Jahrtausend und einer sich an konkreten Wirkungen und Ergebnissen orientierenden Seelsorge bekam der Aspekt der Dokumentation eine neue Dringlichkeit. Ob sich Seelsorgerinnen und Seelsorger konkret an Dokumentationspraktiken, wie neuerdings der elektronischen Patientenakte beteiligen (dürfen), hängt von verschiedenen Faktoren ab, zuallererst von dem Gesundheitssystem, in dem sie wirken. Die Einleitung in diesen Band schliesst mit einer groben Skizze zum

Forschungsstand der Thematik des vorliegenden Bandes. Dabei wurden in der Literaturschau fünf Bereiche abgesteckt, die von grundsätzlichen Fragen bis zu praktischen Anwendungen reichen. Ganz am Schluss finden sich in der gebotenen Kürze die im Band versammelten Beiträge kurz und bündig präsentiert, sollen diese doch im Anschluss selbst und in aller Ausführlichkeit zu Wort kommen.

Abstract: Already at the beginning of the 20th century the question of documentation of chaplaincy was reflected and implemented in the US-American context. With Richard C. Cabot and Russell L. Dicks, however, there was a renewed push at the end of the 1930s towards chaplaincy that integrated documentation into its specifications, according to the motto: No professional pastoral care without documentation! But it was only with the advent of the digital age on the threshold of the new millennium and the outcome-oriented chaplaincy that the aspect of documentation took on a new urgency. Whether chaplains do (or are allowed to) participate in documentation practices such as the electronic patient file depends on various factors, first of all on the health care system in which they work. The introduction to this volume concludes with a rough sketch of the state of research on the subject. We identified five areas in the literature review, ranging from fundamental questions to practical applications. At the very end, the contributions collected in the volume are presented briefly and succinctly, as they will be discussed by the authors themselves in detail in the following.

I. Annäherungen

Ins «Buch des Lebens» geschrieben

Spitalseelsorgliche Begleitung von Identitätsarbeit in Krankheitssituationen und Chancen und Grenzen ihrer Dokumentation

Eva-Maria Faber

Mit Büchern, in denen Namen und Daten eingetragen sind, versuchen Menschen, ihre Lebenskontexte zu ordnen. Noch heute gibt es gedruckte Telefonbücher! Solche Bücher können ein Gefühl der Sicherheit einflössen. Die auf den ersten Blick unübersichtliche Wirklichkeit scheint sich auf diese Weise doch zählen und auflisten zu lassen.

Die sicherheitsstiftende Metapher des Buches wird im biblischen Motiv des «Buches des Lebens» gebrochen. Dieses ist eine transzendente, dem göttlichen Bereich zugehörige Grösse, und insofern es erst am Ende der Zeit geöffnet wird (vgl. Offb 20,12), entzieht sich sein Inhalt direktem Zugriff. Gemäss einem anderen Bedeutungsaspekt enthält dieses Buch Lebensfacetten, die bei Gott aufgehoben werden (vgl. Ps 56,9; 139,13–16). Es ist die Hoffnung der Glaubenden, dass der Aufmerksamkeit Gottes selbst das nicht entgeht, was (zwischen)menschlichen Wahrnehmungen verborgen ist.

Nicht erst die theologisch-eschatologische Verschlossenheit des Lebensbuches macht auf die Grenzen der Dokumentierbarkeit menschlichen Lebens aufmerksam, doch kann diese letzte Entzogenheit des eigenen Lebens vor sich selbst und voreinander ebenso ein guter Ausgangspunkt wie ein bleibender Stachel sein, um über Chancen und Grenzen von Dokumentation im Kontext der Spitalseelsorge nachzudenken. Als der Sache dienlich erweisen wird sich eine gewisse Ambivalenz dessen, was unter den Begriff der Entzogenheit fällt: die Verhülltheit, in der Menschen sogar ihr eigenes Leben nicht durchschaubar bleibt, ebenso wie die Intimität des Persönlichen.

Der vorliegende Artikel geht in der Perspektive philosophisch-theologischer Anthropologie primär einer Vorstufe der Dokumentationsproblematik nach. Er setzt bei der Frage an, welche Bedeutung es für die Selbstvergewisserung von Menschen hat, wenn sie ihr Leben versprachlicht vor sich selbst bringen. Vorzubereiten ist dies durch eine anthropologische Vorüberlegung zur Bedeutung der Selbstvergewisserung angesichts der Unfasslichkeit der

menschlichen Existenz (1.), bevor die Fokussierung auf Krankheitssituationen erfolgt (2.). Zu vertiefen ist schliesslich, wie sich die Schwierigkeit der Selbstthematisierung in der Spannung zwischen der Intimität der Selbstreflexion und der Kommunikation im Angesicht anderer darstellt (3.).

Ein besonderes Augenmerk der Ausführungen liegt darauf, welche Rolle Spitalseelsorgenden in diesen Prozessen der Selbstvergewisserung zukommen kann. Zu unterscheiden ist dafür, inwiefern einerseits das seelsorgliche Gespräch Patienten und Patientinnen dazu verhilft, subjektiv die Krankheitssituation in ihr Leben und Selbstverständnis zu integrieren, und inwiefern es andererseits ebenfalls zur Aufgabe von Spitalseelsorgenden gehören kann, im Spital auf diskrete und doch effektive Weise Anwälte der stets neu zu erringenden Identität von Patienten und Patientinnen zu sein. In beiden Hinsichten lässt sich erkennen, welchen *potenziellen Nutzen* Dokumentationen der Spitalseelsorge – seelsorgeimmanent und interprofessionell – haben könnten. Nicht beantwortet sind damit jene virulenten Fragen, die sich für die Umsetzung stellen. Sie betreffen die Weise der Übersetzung der seelsorglichen Einsichten in kommunizierbare Daten, die ethische Güterabwägung zwischen gebotener Vertraulichkeit und gebotener Hilfeleistung und die Suche nach ethischen Kriterien für Grenzen der Dokumentationspraxis. Auf diese drängenden Desiderate der Forschung kann hier nur hingewiesen werden.

1 «Negative Anthropologien» und sprachliche Selbstvergewisserung

Destabilisierende Erfahrungen führen Menschen (z. B.) in Krankheitssituationen dazu, vermehrt über sich selbst und ihr Leben nachzudenken. Letztlich potenziert sich damit, was prinzipiell Vorzeichen anthropologischer Reflexion ist: Die Nichtdefinierbarkeit und Rätselhaftigkeit des Menschseins ist ein produktiver Faktor für die unzähligen Weisen, in denen Menschen sich ihrer Identität und ihres Lebens vergewissern.

Schon die *allgemeine Anthropologie* muss sich der Unmöglichkeit einer definierenden Wesensbestimmung stellen. Dazu nötigen die Erkenntnisse der empirischen Humanwissenschaften¹ ebenso wie die Einsicht in die kulturelle

¹ «Je stärker ... die Natur des Menschen durch die empirischen Wissenschaften in einer Vielzahl von Perspektiven (Biologie, Medizin, Psychologie) erforscht wird, desto deutlicher wird die Bestimmung eines ontologisch bestimmbaren unveränderlichen Wesens des Menschen relativiert»: Christian Frevel, Frage nach dem Menschen. Biblische Anthropologie als wissenschaftliche Aufgabe – Eine Standortbestimmung, in: ders.

Bedingtheit menschlichen Selbstverständnisses.² Christoph Wulf diagnostiziert eine «neue Dimension der Komplexität, in deren Folge die Bezugspunkte anthropologischer Forschung sich in beständiger Bewegung befinden. Konstruktion, Rekonstruktion und Dekonstruktion des Wissens über die menschliche Natur unterliegen sämtlich dieser Bewegung. Aus dieser Situation resultiert die Einsicht, dass es keinen definitiven Begriff vom Menschen gibt.»³ Dies wird auch durch den unverzichtbaren Versuch, Annäherungen und Konstanten herauszuarbeiten, nicht infrage gestellt.⁴ Gerade einer theologischen Anthropologie eignet nicht zuletzt durch ihre Bindung an die als «negative Theologie» auszubuchstabierende Gotteslehre dieser Zug hinein in eine «negative Anthropologie»: Der Mensch, der Ebenbild des unbegreiflichen Gottes ist, ist seinerseits ebensowenig in Begriffe zu fassen.

Wie schon das «Wesen Mensch» undefinierbar bleibt, so ist erst recht das *Individuum* «ineffabile». Nicht nur bleibt es anderen verborgen; auch sich selbst ist der einzelne Mensch immer nur in Annäherungen transparent. Nicht umsonst widersetzt sich das Postulat der Selbsterkenntnis seit je allzu einfachen Antworten. Die philosophische und psychologische Forschung der Neuzeit und Moderne hat diese Herausforderung nicht erleichtert, sondern das Problem eher schärfer gefasst. Die Theorien dazu reichen von der psychoanalytischen Identifikation des Unbewussten bei Sigmund Freud über die strukturalistische Differenzierung zwischen dem «Je» und dem «Moi» bzw. zwischen

(Hg.), *Biblische Anthropologie. Neue Einsichten aus dem Alten Testament*, (QD 237), Freiburg i. Br. 2010, 29–63, 32.

² «Die im Lauf der Geschichte bezeugten Selbstauffassungen und Selbstexplikationen des Menschen können demnach nicht unter eine Wesensformel subsumiert werden, sondern müssen dem *geschichtlichen Wandel* gerecht werden»: Bernd Janowski, *Konfliktgespräche mit Gott. Eine Anthropologie der Psalmen*, Neukirchen-Vluyn 2003, 4.

³ Christoph Wulf, *Anthropologie. Geschichte – Kultur – Philosophie. Aktualisierte Neuausgabe*, Köln 2009, 145. Siehe auch Wolfgang Schoberth, *Einführung in die theologische Anthropologie*, Darmstadt 2006, 73: «Die Anthropologie musste demnach im Durchgang durch ihre Kritik bescheidener werden und die Vorstellung einer umfassenden Theorie des Menschen aufgeben zugunsten kleinerer, genauerer und wirklichkeitsnäherer Studien über die anthropologischen Dimensionen der menschlichen Kultur, Geschichte und Gegenwart.»

⁴ So weist Gerd Haeffner darauf hin, dass für unsere Kultur «die Bezugnahme auf die Idee [des] Menschen fundamental» ist, insofern der Allgemeinbegriff Mensch Basis für die Ideen der Würde und des Rechtes ist: *Das Wesensproblem im Zentrum der Philosophischen Anthropologie*, in: *ThPh* 80 (2005) 92–98, 92. Siehe zu Konstanten biblischer Anthropologie Bernd Janowski, *Konstellative Anthropologie*, in: Christian Frevel (Hg.), *Biblische Anthropologie. Neue Einsichten aus dem Alten Testament*, (QD 237), Freiburg i. Br. 2010, 64–87.

dem Realen, dem Symbolischen und dem Imaginären als Dimensionen des Subjektes bei Jacques Lacan bis hin zu Identitätstheorien, die Identitätsarbeit als unab abschliessbaren Prozess der Integration divergierender Personanteile und Identitäten verstehen (Heiner Keupp⁵) bzw. mit verschiedenen Teil-Selbsten rechnen (Helga Bilden⁶).

Die Undefinierbarkeit des Menschseins und die Entzogenheit des individuellen Menschen für sich selbst und andere ist nicht das Ende der Reflexion, sondern gerade Anfang und Motor einer unüberschaubaren Palette von philosophischen, naturwissenschaftlichen, theologischen, künstlerischen und lebensweltlichen Formen der Selbstvergewisserung über das menschliche Wesen im Allgemeinen, seine kulturellen Ausdrucksformen ebenso wie über das (eigene und fremde) individuelle Menschsein.

In diesen anthropologischen Suchbewegungen macht sich die symbolische Verfasstheit des Menschen bemerkbar: Menschsein kommt nur vermittelt durch Ausdrucksformen zu sich selbst. Die erste Ausdrucksform, in der der Mensch zugleich zu sich selbst und zu anderen vermittelt ist, ist der Eigenleib, wie er insbesondere in der Philosophie Maurice Merleau-Pontys Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. In Verlängerung dieses Eigenleibes spielen leibliche Ausdrucksformen (sekundäre Verleiblichungen) eine Rolle, wie z. B. die Kleidung oder die Wohnung, aber auch Formen künstlerischer Expressivität. Im 20. Jahrhundert hat nicht zuletzt der sogenannte «linguistic turn» auch für die Frage der Selbstvermittlung des Menschen zu sich selbst die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Sprache gelenkt: Ihrer bedient sich der Mensch für sein Selbst- und Weltverhältnis ebenso wie für das Eintreten in die mit anderen geteilte Welt. Martin Heidegger geht so weit zu sagen, «erst die Sprache befähige den Menschen, dasjenige Lebewesen zu sein, das er als Mensch ist».⁷

⁵ «Angesichts der partikularistischen Lebenssituation des modernen Menschen [...] ist ein ständiges Umschalten auf Situationen notwendig, in denen ganz unterschiedliche, sich sogar gegenseitig ausschliessende Personanteile gefordert sein können. Diese alltäglichen Diskontinuitäten fordern offensichtlich ein Subjekt, das verschiedene Rollen und die dazugehörigen Identitäten ohne permanente Verwirrung zu leben vermag: Heiner Keupp, *Ermütigung zum aufrechten Gang*, (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 35), Tübingen 1997, 71f.

⁶ Helga Bilden, *Das Individuum – ein dynamisches System vielfältiger Teil-Selbste*. Zur Pluralität in Individuum und Gesellschaft, in: Heiner Keupp/Renate Höfer (Hg.), *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung*, (stw 1299), Frankfurt a. M. 1991, 227–249.

⁷ Martin Heidegger, *Die Sprache*, in: ders., *Unterwegs zur Sprache*, (Martin Heidegger Gesamtausgabe 1,12), Frankfurt a. M. 1985, 7–30, 9.

Vor diesem Hintergrund sind nun jene Situationen erschwerten Selbstverstehens und prekärer Identitätsarbeit genauer zu erfassen, die in der Spitalseelsorge begegnen.

2 Identitätsarbeit in Krankheitssituationen

2.1 Die Integration bisheriger Lebensgeschichte in die Krankheitssituation

Krankheitssituationen sowie Situationen der Gebrechlichkeit und des Alters bringen die Problematik des Selbstverstehens schärfer zu Bewusstsein und erschweren die damit verbundene Aufgabe. Die Ausdrucksgestalt des eigenen Leibes ist gebrochen und wird als fremd erfahren; die sekundären Verleiblichungen des eigenen Lebens sind nicht ohne weiteres verfügbar. Der bisherige Alltag familiären Zusammenlebens und beruflicher Tätigkeit, des privaten Lebensraums einer Wohnung und sozialer Verflechtungen in Freizeitaktivitäten wird – oft abrupt – ebenso durchbrochen wie die zeitliche Ausrichtung auf die geplanten Daten der eigenen Agenda. Es lässt sich unschwer erkennen, wie es damit auch zum Wegfall von Identitätsfaktoren kommt. Kontexte, die bis anhin persönliche Sinnerfahrung und soziales Ansehen verbürgten, treten zumindest vorübergehend, evtl. auf unabsehbare Zeit oder sogar endgültig zurück. Davon bleibt auch die religiöse Identität nicht unberührt, da auch eine noch so geistliche Gottesbeziehung auf Seiten des Menschen mit dem bisherigen Selbstbild verknüpft ist, so dass es den eigenen Pol der Beziehung erst wieder zu rekonstruieren gilt.

Es ist hilfreich, an dieser Stelle auf Einsichten zurückzugreifen, die Paul Ricœur zur Dialektik von Identität als Selbstheit (*ipse*) und Identität als Selbigkeit (*idem*) formuliert hat.⁸ Wenn die Identität als Selbigkeit gefährdet wird, ist die Identität als Selbstheit in Form einer «narrativen Identität» zu entwickeln, wie sie in diversen Ansätzen der Psychologie und Identitätsarbeit Bedeutung gewonnen hat.⁹ Konkretisiert auf die hier relevante Krankheitssituation: Wo durch die in Krankheit erfahrene Diskontinuität die Selbigkeit des

⁸ Vgl. Paul Ricœur, *Zeit und Erzählung*. Bd. 3: *Die erzählte Zeit*, (Übergänge 18), München 2007, 396; ders., *Das Selbst als ein Anderer*, (Übergänge 26), München 2005, 141–206, 144.

⁹ Vgl. Ricœur, *Zeit* 395f; ders., *Selbst* 173–206; Wolfgang Kraus, *Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne*, (Münchner Studien zur Kultur- und Sozialpsychologie 8), Herbolzheim 2000; Dieter Thomä, *Erzähle dich selbst. Lebensgeschichte als philosophisches Problem*, Frankfurt a. M. 2007 (Erstausgabe 1998).

Lebens fraglich wird, ficht dies das damit verbundene Selbstverständnis an. Für die kranke Person ist es deswegen von Bedeutung, die bisherige Lebensgestaltung zu erinnern, sie erzählerisch zu vergegenwärtigen und sich so in narrativer Identität des identischen Selbst zu vergewissern.

Im Kontext des Spitals steht – entsprechend zu seiner primären Zielsetzung – von medizinischer Seite naturgemäss die gegenwärtige Situation der Krankheit oder auch der Hochaltrigkeit im Vordergrund. Selbst wenn Ärzte, Ärztinnen und Pflegende sich über den beruflichen und familiären Kontext eines Patienten kundig machen, wird es ihnen schon aus zeitlichen Gründen schwer möglich sein, sich eine annähernde Vorstellung seines lebensweltlichen Kontextes zu bilden. Andererseits ist es für die Identität eines Menschen bedeutsam, selbst in Extremsituationen einer schweren Krankheit nicht auf diese reduziert zu werden. So sehr auch im Erleben des Kranken selbst zumindest zeitweilig Schmerzen, Diagnosen und Therapien, die Alltagsroutine eines Spitals mit seinen eigenen Zeitabläufen und das Bangen um den weiteren Krankheitsverlauf im Vordergrund stehen: Es ist von hoher Bedeutung für seine Würde und Selbsterfahrung, dass sein bisheriges und «sonstiges» Leben nicht in der Vergessenheit verschwindet. Es geht hier nicht um nostalgischen Rückblick, sondern um die Möglichkeit, mit Dankbarkeit und Stolz wichtige Dimensionen des eigenen Lebens auch in eine neue Situation von Gebrechlichkeit und Abhängigkeit integrieren zu können.

Nun ist gerade in Kontexten der Individualisierungsdebatte unübersehbar geworden, dass sich Identitäten nicht ohne soziale Bezüge bilden und stabilisieren lassen.¹⁰ Für die Selbstwahrnehmung ist es trotz aller Individualisierung bedeutsam, wie jemand sich von anderen wahrgenommen erfährt. Deswegen wäre es eine Überforderung, wenn die Aufgabe des Brückenschlags zwischen dem bisherigen und dem aktuellen Leben allein der kranken Person selbst angelastet wäre. Auch enge Vertraute des alltäglichen, aktuell aber entzogenen Kontextes sind dafür zwar höchst bedeutsam, aber nicht ausreichend. Selbst unter der Voraussetzung einer starken Persönlichkeit mit funktionierenden

¹⁰ Vgl. exemplarisch Heiner Keupp, Diskursarena Identität: Lernprozesse in der Identitätsforschung, in: ders./Renate Höfer (Hg.), Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung, (stw 1299), Frankfurt a. M. 1991, 11–39, v. a. 26–28: Die Identitätsforschung hat erkennen lassen, «dass Identität die zentrale integrative Verknüpfung von individueller und gesellschaftlicher Ebene darstellt und dass deshalb auch die Identitätstheorie eine hohe theoretische Sensitivität für realgesellschaftliche Integrationsprozesse und Desynchronisationsprozesse aufweisen muss» (28).

sozialen Bindungen wäre es jedenfalls bei Langzeitpatienten prekär, wenn *innerhalb des «Systems Spital»* lediglich der Ausschnitt ihrer Krankenbiografie vorkäme. Zusammen mit anderen Akteuren ist es – ihre Inanspruchnahme vorausgesetzt – nicht zuletzt Aufgabe der Spitalseelsorge, Patienten und Patientinnen bei der Bewältigung der beschriebenen Diskontinuität zu unterstützen. Ein wichtiger Beitrag dazu ist es, kranken Personen den Raum eines Gespräches anzubieten, in dem sie eine «narrative Identität» entwickeln können. Indem dies im Angesicht des Anderen, nämlich der seelsorgenden Person, geschieht, kann der kranke Mensch diese Identität zugleich von dieser anderen Person anerkannt und so gestärkt finden. Bedeutsam ist dabei durchaus auch die strukturelle Verortung der Seelsorgsperson: In dem Masse, wie die kranke Person die Spitalseelsorge als Funktion des Spitals identifiziert, kann sie durch das Seelsorgegespräch die eigene umfassendere Identität auch innerhalb des Spitals anerkannt und gewahrt sehen.

In dieser Hinsicht scheint eine Form der Dokumentation von Seelsorgebegegnungen zumindest in Form einer persönlichen Dokumentation der jeweiligen Seelsorgeperson nicht nur legitim, sondern geradezu geboten zu sein. Für den roten Faden der seelsorglichen Begegnungen, hier zugespitzt: für die Möglichkeit, einem Menschen zu helfen, seine Identität angesichts der durch Krankheit eingebrochenen Diskontinuität zu bewahren, ist es bedeutsam, in der Abfolge verschiedener Gespräche (evtl. auch bei einem späteren Wiedereintritt ins Spital) Facetten der bereits thematisierten Lebensgeschichte repräsentieren zu können. Hier aus Gründen der Intimität von Seelsorgegesprächen auf eine Form der Dokumentation verzichten zu wollen, würde Seelsorge zu Unrecht von den Gedächtnisleistungen der Seelsorgenden abhängig machen. Verkannt würde die Asymmetrie von Seelsorgebeziehungen, welche der Seelsorgeperson abverlangt, sich gleichzeitig auf eine Vielzahl von Lebensgeschichten einzulassen, die sich – in der Regel – nicht gleichmässig ins Gedächtnis einprägen lassen. Für die begleiteten Personen jedoch wäre es nicht nur enttäuschend, sondern aus den beschriebenen Gründen wenig hilfreich, wenn auch die Seelsorgenden vorrangig den mehr oder weniger offenkundigen «Krankheitsausschnitt» von Menschen präsent haben, statt *mit ihnen* Mitwissende und Mittragende der umfassenderen Biografie zu sein. Zu denken ist hier nicht zuletzt an den Extremfall von Personen mit Demenzerkran-

kungen, die auf Personen angewiesen sind, welche die Konturen und Vorlieben ihres bisherigen Lebens kennen.¹¹ In Zeiten der Angefochtenheit kann die so gefasste Dokumentation zum Instrument einer Wertschätzung und Bestärkung der Lebensgeschichte werden, die dazu beiträgt, dem Identitätsverlust vorzubeugen. Nur am Rande sei erwähnt, dass diese persönliche Dokumentation auch Gelegenheit dafür ist, die eigene begleitende Tätigkeit mit spirituellen Akten der Fürbitte zu verbinden. Seelsorgende nehmen bei aller Gebrochenheit ihres Tuns Teil an der aufbewahrenden und erinnernden Zuwendung Gottes zu den Menschen (vgl. Ps 56,9); sie erstellen gewissermassen ein fragmentarisch-provisorisches Abbild des göttlichen Buches, in dem das gesamte Leben von Menschen aufgehoben ist. Angesichts von Leid kann eine solche Dokumentation im Angesicht Gottes zugleich auch als entlastende Übergabe menschlicher Schicksale an Gott empfunden werden.

Insofern die Kenntnis der biografischen Kontexte eines Patienten aus Seelsorgegesprächen stammt, ohne deswegen schon «intim» zu sein, wenn es sich um ehemals «öffentliche» oder «halböffentliche» Sachverhalte handelt, dürfte es darüber hinaus legitim sein, solche Sachverhalte auch zwischen verschiedenen Seelsorgepersonen eines Spitals und sogar interprofessionell z. B. im entsprechenden Dokumentationssystem eines Spitals zugänglich zu machen.¹² Während die medizinische Anamnese die Krankheitsgeschichte festhält, insistiert die von der Spitalseelsorge dokumentierte Anamnese darauf, dass kein Mensch allein durch seine Krankheitsgeschichte bestimmt ist. So gesehen sind Spitalseelsorgende im System eines Spitals Anwälte jener Biografie, in der Patienten vor ihrer Krankheit Lebenswelten ausserhalb des Spitals bewohnt und geteilt haben.

Im Bild gesprochen: Spitalseelsorgende lesen zusammen mit Patienten und Patientinnen im «Buch des Lebens», das letztere vor ihrer Krankheit geschrieben haben. Manchmal erinnern sie erkrankte oder alt gewordene Personen an Kapitel aus diesem Buch. Manchmal zitieren sie aus diesem Buch auch im interprofessionellen Bereich. Wie weit diese letztere Offenlegung im einzelnen gehen kann, ist allerdings in einer ethischen Debatte weiter zu eruieren.

¹¹ Vgl. z. B. Elisabeth Jordi/Christoph Held, Dissoziatives Alltagserleben: Kommunikation, in: Christoph Held, Was ist «gute» Demenzzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben. Ein Praxishandbuch für Pflegende, Bern 2013, 49–55, v. a. 51.

¹² Siehe Michael Coors/Dorothee Haart/Dietgard Demetriades, Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis im Kontext der Palliativversorgung. Ein Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, in: Wege zum Menschen 66 (2014) 91–98, 97: Dokumentiert werden darf, «alles, was Dritten ohnehin bekannt ist, denn es könnte auch von diesen Dritten dokumentiert werden».

2.2 Neue Selbsterfahrungen

Was Menschen in Krankheitssituationen widerfährt, entzieht sie nicht nur ihrem bisherigen Leben, sondern stellt sie auch in neue Erfahrungsdimensionen, die sich nicht auf physische Erfahrungen von Schmerz reduzieren lassen.

In seinem Roman «Gestürzter Engel» beschreibt Per Olov Enquist, wie einer der Protagonisten des Romans eine Routineuntersuchung der Magenwand erlebt.¹³ Der Patient kann alles mitverfolgen, was die Sonde filmt. Er sieht, wie die Kamera durch einen «Schacht» in einen «Brunnen» hinabgleitet und sich dann plötzlich in einer «Grotte» befindet. Am Ende der Grotte zeichnet sich ein «Eingang» ab, bewegt sich ein «Mund».

«Und da, plötzlich, zum ersten Mal, und mit einer so unerhörten Kraft, dass sie mich beinahe tötete, begriff ich, dass ich mich in mir selbst befand. Genau da, in diesem Augenblick, sah ich mich selbst. Allerdings nicht wie gewöhnlich, nicht das, woran ich mich gewöhnt hatte und was vielleicht wahr war, aber nur vielleicht, weil ich mich daran gewöhnt hatte, nein nicht wie gewöhnlich. Ich sah. Dies hier war nicht nur ein Mensch, Anatomie, sondern das war ich selbst. [...] Zum ersten Mal sah ich jetzt mich selbst, ein Stück von mir selbst zwar, aber auf die gleiche Art und Weise, wie ich das andere auch hätte sehen sollen, das andere, das ich war.»

Derart aufgewühlt, erinnert sich der Protagonist nicht mehr an Details der weiteren Untersuchung, bleibt aber noch danach in seiner Erfahrung wie gelähmt stecken. Auf die Frage der Pflegeperson, ob ihm wohl sei, nickt er («Doch. Das sollte ich wohl»), die Reflexion indes geht weiter:

«Ich lag allein im Zimmer und dachte, dass dies also auch ich war. Ein Stück vom Innersten, aber nur das Physische, dennoch nicht der tiefste Grund. Wenn dies ich war, gab es sicher auch etwas anderes, vielleicht Kontinente von etwas anderem: ein weiterer Mund, der sich öffnen und ein Auge hindurchgleiten lassen würde, noch einer und noch einer.»

Nun wird nicht jeder Mensch durch eine Routineuntersuchung gleich derart in metaphysisches Staunen oder auch Gruseln verfallen. Dennoch bringt Krankheit eine ganze Palette von neuartigen Selbsterfahrungen mit sich. Krankenlager und Spital sind «Andersorte», die allein durch die medizinische Dimension unterbestimmt wären. Einerseits handelt es sich um Empfindun-

¹³ Per Olov Enquist, *Gestürzter Engel*. Ein Liebesroman, Frankfurt a. M. 2003, 24–27, Zitate 25f und 26f.

gen, die in enger Korrelation zum Krankheitsverlauf oder zu Therapien stehen (von Niedergeschlagenheit und Depression bis zu euphorischen Zuständen) und die selbst dann, wenn sie medikamentös bedingt und erklärbar sind, gelebt und verarbeitet werden müssen. Andererseits können sich Selbsterfahrungen, Ängste oder Sinnfragen einstellen, die durch die Krankheit zwar ausgelöst sein mögen, sich ihr gegenüber aber in gewissen Hinsichten verselbstständigen. Selbst wenn die pflegerische Frage nach dem Wohlbefinden positiv zu beantworten ist, so sind doch oft nicht schon alle Nachdenklichkeiten beseitigt. Dazu gehören Sorgen für Familienangehörige ebenso wie lebensgeschichtliche Erinnerungen und Wertreflexionen, Trauerprozesse über verlorene Lebensmöglichkeiten ebenso wie religiöse Suchbewegungen. An den «Andersorten» werden nicht nur Krankheits-, sondern auch Lebensgeschichten fortgeschrieben. Das «Buch des Lebens» erhält neue Kapitel.

So wenig es einem Menschen gerecht wird, ihn von seiner Lebensgeschichte vor der Krankheit abzuschneiden, so wenig entspricht es ihm, die Frage seines Wohlbefindens allein an medizinischen Faktoren ablesen zu wollen. Diese Einsicht ist in den Spitalsystemen etabliert und bildet das Fundament komplementärer Dienste von Sozialberatung über psychologische Dienste bis zur Spitalseelsorge. In Überwindung eines Körper-Seele-Dualismus liegt die Verwobenheit der verschiedenen Dimensionen des Menschseins auf der Hand. Tatsächlich ist es auch für Ärzte und Pflegepersonal ein Unterschied, ob Niedergeschlagenheit oder Unruhe primär krankheitsbedingt zu deuten sind oder ob sie z. B. Folge von familiären Problemstellungen (die u. U. mit der Krankheit nur bedingt oder überhaupt nichts zu tun haben) oder Ausdruck von Erinnerungsarbeit und «Lebensbilanzfragen»¹⁴ sind. Gerade deswegen ist die Frage nach der interprofessionellen Einbindung der komplementären Dienste hochbedeutsam und ist deren Möglichkeit insbesondere für die Spitalseelsorge im Verhältnis zum Seelsorgsgeheimnis dringend zu klären.

Um hierfür weitere Orientierungspunkte zu erhalten, ist es weiterführend, die Selbstthematisierung in der Spannung Selbstvergewisserung und sozialer Kommunikation näher zu beleuchten.

¹⁴ Ein Beispiel dafür findet sich in Sue Wintz/George Handzo, Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge, in: *Wege zum Menschen* 67 (2015) 160–164. Der Begriff «Lebensbilanzfragen» dient dort der Übersetzung persönlicher Mitteilungen aus Seelsorgegesprächen in die interprofessionelle Kommunikation.

3 Dem Leben einen Ausdruck geben

3.1 Die Schwierigkeit der Selbstthematisierung

«Es ist, als wenn ein Vermögen, das uns unveräusserlich schien, das Gesichertste unter dem Sicherem, von uns genommen würde. Nämlich das Vermögen, Erfahrungen auszutauschen.»¹⁵ Mit diesen Worten charakterisiert Walter Benjamin in seinem Essay «Der Erzähler» nicht etwa die besondere Krankheitssituation, sondern überhaupt seine damalige Gegenwart. Im Jahr 1936/37 bezieht er sich auf die Wahrnehmung zu Ende des 1. Weltkriegs: «Hat man nicht bei Kriegsende bemerkt, dass die Leute verstummt aus dem Felde kamen? nicht reicher – ärmer an mitteilbarer Erfahrung.»¹⁶ Die literarische Gattung der weisheitlich geprägten Erzählung, um die es ihm im Essay geht, sieht er zuerst durch den Roman, dann durch die blosse Information im Medium der Zeitung abgelöst.

Nun haben sich die Kommunikationsgewohnheiten der Menschen inzwischen in einer damals unvorstellbaren Weise verändert. Die Differenz zwischen rasch überbrachten Informationen und schwer mitteilbaren Erfahrungen dürfte dabei noch grösser geworden sein. Um es etwas plakativ auszudrücken: Eine Generation, die Standortbestimmungen primär durch Selfies vornimmt, kommt möglicherweise bei der Suche nach sprachlichen Ausdrucksformen für das eigene Leben rasch an Grenzen. Wie subtil diese Aufgabe ist, lässt sich bei Schriftstellern wahrnehmen. Julien Green, ein Meister des Tagebuches, nennt es ein «sonderbares Vergnügen, sich von sich selbst zu erzählen. Als wüsste ich nicht ... Aber bin ich selbst nicht einzigartig und vielfältig, und interessiert mich nicht in dem Masse, in dem ich jedermann bin, mich selbst handeln zu sehen? So erfahre ich viel über die anderen, und niemand könnte mehr von sich behaupten.»¹⁷ Dabei ist er als Schriftsteller sensibel für die sprachliche Schwierigkeit, die er mit einem Wort von Robert Louis Stevenson verdeutlicht: «Im ganzen Shakespeare fände man nicht genug Worte, um den kleinsten Teil dessen auszudrücken, was ein Mensch in einer Stunde empfindet.»

¹⁵ Walter Benjamin, Der Erzähler. Betrachtungen zum Werk Nikolai Lesskows, in: ders., Illuminationen. Ausgewählte Schriften 1, (st 345), Frankfurt a. M. 1977, 385–410, 385. A. a. O., 386.

¹⁷ Julien Green, Tagebücher 1943–1954, München 1990, 664. Das folgende Zitat von Stevenson findet sich, in: ders., Tagebücher 1926–1942, München 1990, 188.

Wenn dies schon für das alltägliche Leben gilt, so ist es eine besondere Herausforderung, sich in der Krankheitssituation zurechtzufinden und die eigenen Empfindungen mitzuteilen. Ob im Blick auf das bisherige, vielleicht unwiderruflich vergangene und sogar absehbar zu Ende gehende Leben oder im Blick auf gegenwärtige Erfahrungsdimensionen, die von einer Krankheit her anheben können und doch weit darüber hinausgreifen: In all diesen Hinsichten ist Ausdrucksarbeit erforderlich, deren zwar nicht einziges, aber erstes Medium die Sprache ist.

Es geht schon im Blick auf *das eigene Selbstverstehen* darum, den wechselnden, vielleicht widersprüchlichen Gefühlen einen Namen zu geben, Ängste im Benennen besser zu verstehen und ihnen besser begegnen zu können, auf diese Weise Kämpfe, Trauer- und Versöhnungsprozesse zu bestehen und ihre verschiedenen Etappen als Teile des eigenen Weges zu identifizieren.

Dies berührt zugleich *die eigene religiöse Existenz*. So sehr es ein schweigen-des Sein vor Gott gibt, so sehr ist es bedeutsam, sich selbst und die eigene Situation in Ausdrucksformen kleiden zu können. Gemeint sind hier nicht vorformulierte Gebete (ohne die Bedeutung von vertrauten Gebeten vor allem in Extremsituationen infrage stellen zu wollen). Es braucht eine Suchbewegung nach den eigenen Lebens- und Gebetsworten, in denen es möglich ist, sich vor Gott zu stellen: klagend, bittend, seufzend. Wenn der Eintrag im «Buch des Lebens» auch von mir selbst geschrieben wird: Welches Wort, welche Klage, welche Hoffnung schreibe ich heute hinein, so, dass ich mich wirklich darin wiederfinde? Das mag reichen von «Meine Schmerzen schreien zu dir» über «Du heilende Kraft» zu «Warum?» und «Hilf».

Darüber hinaus erfordert die Krankheitssituation aber auch ein neues Sich-Zurechtfinden in *zwischenmenschlichen Kommunikationen*, sowohl gegenüber nahestehenden Personen wie auch gegenüber den im Spitalalltag begegnenden Menschen. Zu berücksichtigen ist dabei, wie sehr gerade Krankheit aus den gewohnten Kommunikationswegen herausreisst. Dies gilt nicht zuletzt deswegen, weil das primäre Kommunikationsmittel des Leibes angefochten ist. Der «Eigenleib» nimmt im Kommunikationsgeschehen für gewöhnlich eine oft wenig bewusste Scharnierfunktion wahr, da er dem Reich des Selbst ebenso wie dem Reich der Dinge angehört.¹⁸ Die Selbstvergegenwärtigung im Leib verliert jedoch in Situationen der Krankheit ihre Selbstverständlichkeit. Der kranke Mensch wird dadurch mit veränderten, ggf. in gravierender Weise

¹⁸ Vgl. Ricœur, *Selbst*, 385; siehe im Ganzen 384–395.

verunsichernden oder blockierenden Kommunikationsbedingungen konfrontiert. Dies beginnt mit der für alltägliche Kommunikationen ungewöhnlichen und auf eine Position der Schwäche festlegenden Bettlägerigkeit und reicht bis hin zu physischen Artikulationsproblemen.

Vertraute Bahnen der Kommunikation werden aber auch thematisch verschlossen. Weder das Wetter noch das nächste Wochenende oder berufliche Anforderungen ziehen die frühere Aufmerksamkeit auf sich. Für neue existentielle Herausforderungen muss nicht nur bei sich selbst, sondern auch im Gespräch mit anderen eine Sprache gefunden werden.

3.2 Die Sprache als Weg zu sich selbst und zu anderen

Damit stossen wir auf die bereits anfangs erwähnte Doppelfunktion der Versprachlichung der eigenen Existenz für sich selbst und für andere. Die Grenze zwischen der Suche nach Ausdrucksformen und Versprachlichung für sich selbst und der Expressivität im Angesicht des Anderen ist fließend. Ein Beispiel dafür ist die Frage, ob nicht jede Selbstdokumentation im Tagebuch mehr oder weniger deutlich mit einer lesenden oder mindestens beobachten Person rechnet, wie Max Frisch es in dem für die Thematik einschlägigen Roman «Stiller» thematisiert: «Und doch, glaube ich, gibt es kein Schreiben ohne die Vorstellung, dass jemand es lese, und wäre dieser Jemand nur der Schreiber selbst.»¹⁹

So intim es sich auch vollzieht: grundsätzlich ist menschliches Selbstverhältnis und Identitätssuche durch Andere vermittelt. Für die versprachlichte Selbstthematizierung trifft dies schon deswegen zu, weil die Sprache dem Bereich der sozialen Vorgegebenheiten entstammt. Darüber hinaus gehört zur Selbstwerdung wesentlich die Versprachlichung der eigenen Existenz im Dialog, in dem Menschen an sich und ihrer Welt teilgeben und sich dem (Nicht-)Verstandenwerden durch einen anderen Menschen aussetzen.

Insofern dürfte ein wechselseitiges Verhältnis gelten: Die Versprachlichung im Angesicht des Anderen dient nicht zuletzt der Versprachlichung für sich selbst; die Versprachlichung, die primär der eigenen Selbstvergewisserung dient, eröffnet jedenfalls prinzipiell gleichzeitig die Brücke in eine soziale Welt. Hier wird deutlich, wie die anfangs erwähnte Ambivalenz der

¹⁹ Max Frisch, *Stiller*, in: ders., Graf Öderland. Don Juan oder Die Liebe zur Geometrie. Kleine Prosaschriften. Der Laie und die Architektur. achtung: Die Schweiz. Stiller. Rip van Winkle, (Gesammelte Werke in zeitlicher Folge 3), Frankfurt a. M. 1976, 359–780, 677.

Rede von der «anthropologischen Verborgenheit» durchaus eine komplexe Verwobenheit zweier Aspekte impliziert: Um die prinzipielle Verborgenheit menschlicher Existenz für sich selbst aufzuhellen, bedarf es sowohl des intimen Selbstverhältnisses als auch des Heraustretens aus der Verslossenheit der Intimität in den sozialen Raum der Kommunikation.

3.3 Die Schwellensituation der Spitalseelsorge

Der Dienst der Spitalseelsorge steht an der Schwelle zwischen der Selbstthematisierung für sich selbst und vor Gott und der Selbstthematisierung im Angesicht des Anderen.

Zu Recht wird das Seelsorgegespräch traditionell dem Bereich der vertraulichen Selbstthematisierung zugeordnet und deswegen nicht auf Dritte geöffnet. Es hilft Patienten und Patientinnen, die eigene Situation vor sich selbst und vor Gott zu verstehen und zu (sprachlichen oder anderen) Ausdrucksformen dafür zu gelangen.

Nicht übersehen werden kann für die Krankheitssituation jedoch deren isolierender Charakter. Krankheit und Alter wirken sich oftmals destruktiv auf menschliche Beziehungsnetze aus und nagen am Vertrauen auf die eigene Kommunikationsfähigkeit. Die Verantwortung der Spitalseelsorge erstreckt sich auch auf diesen Bereich und lässt sich nicht auf die intime Gesprächssituation (und das dafür geltende Seelsorgegeheimnis) reduzieren. Ihr kommt eine Hebammenfunktion für eine neue Selbstthematisierung im sozialen Kontext zu. Dies beginnt damit, dass Patienten und Patientinnen ggf. im Seelsorgegespräch die Versprachlichung der eigenen Befindlichkeit so gelingt, dass ihnen daraufhin auch die Kommunikation in einen weiteren Kontext hinein besser gelingt.

Seelsorgende werden jedoch sensibel wahrnehmen, wenn Patienten darunter leiden, ihrer sozialen Umwelt die eigene Situation nicht adäquat kommunizieren zu können. Wenn Seelsorgende in einem geschützten Raum Selbstthematisierungen ermöglichen, welche auch in den sozialen Beziehungen der Patienten und Patientinnen dienlich wären, geraten sie in eine Zwischenstellung: Sie stehen an der Schwelle zwischen dem Intimbereich eines Menschen und seiner sozialen Umwelt. Damit gerät die Vertraulichkeit in eine neue Dynamik. Es wäre fatal, wenn die Spitalseelsorge durch eine gewisse Fixierung auf das Seelsorgegeheimnis das isolierende Geworfensein des Patienten bzw. der Patientin auf sich selbst verstärken würde. Gewiss bedarf es einer sensiblen Unterscheidung zwischen der Sprache, die eine Person für sich

selbst und im Gebet verwendet, und einer Sprache, die auch nach aussen kommuniziert; und gewiss müssen jeweils alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, damit eine Person die eigene Befindlichkeit selbst an andere kommunizieren kann. Wo dies jedoch nicht gelingt, kommt der Spitalseelsorge eine Vermittlungsfunktion zu. Dies geschieht idealerweise mit Zustimmung der Patienten und Patientinnen.²⁰ Nicht zu übersehen ist jedoch, dass gerade in wechselnden Krankheitssituationen diesbezügliche Klärungen nicht immer werden stattfinden können. Es bedarf hier einer subtilen Güterabwägung zwischen dem Seelsorgegeheimnis und jener diskreten Kommunikation an Dritte, die – nicht gegen den expliziten Willen eines Menschen, in Extremsituationen aber auch ohne seine explizite Zustimmung – als seelsorgliche Hilfe geboten ist.

3.4 Riskante Thematisierungen

Wie sehr es in diesem heiklen Bereich eines sensiblen Unterscheidungsvermögens bedarf und wie zurückhaltend in diesem Bereich der Selbstthematisierung Dokumentation einzusetzen ist, verdeutlicht die Einsicht in die Ambivalenz von Sprache. Während sie einerseits das eigene Menschsein verstehend einbringt, kann sie andererseits entblößen und verzerren.

Selbstthematisierung kann gelingen, und zwar gelegentlich auf verblüffende Weise, wie es Julien Green beschreibt:

«Einem Freund zitierte ich diesen Spruch, der einer Figur Molières würdig wäre, einen Spruch, der natürlich zum Lachen bringt, aber darum kaum weniger sonderbar ist und mir sehr tiefsinnig zu sein scheint: «Woher soll ich wissen, was ich denke, wenn ich nicht höre, was ich sage?» Welcher Mensch hat sich nicht erstaunliche Dinge sagen hören, die ihn über sich selbst oder über die Welt belehrten? Wie viele Worte legt uns Gott in den Mund, die uns manchmal auffahren lassen! Ehe man redet, soll man nachdenken. Gut. Wenn man aber redet, ehe man nachgedacht hat, geschieht es ein- oder zweimal jährlich, dass ein anderer als wir selbst die Laute auf unseren Lippen zusammenstellt. Woher kommt das alles?»²¹

Im Angesicht eines anderen Menschen kann es geschehen, dass jemand Worte findet, die auch ihm selbst seine eigene Befindlichkeit neu erhellen.

²⁰ Vgl. Coors/Haart/Demetriades, Beicht- und Seelsorgegeheimnis, 98, die diese Zustimmung als Bedingung für die Legitimität von interprofessioneller Dokumentationspraxis postulieren.

²¹ Green, Tagebücher 1943–1954, 791.

Wo Menschen versuchen, sich auszusprechen, handelt es sich jedoch um tentative Ausdrucksformen, die auch missglücken können. Das Ausgesprochene trifft nicht, was jemand sagen wollte, oder es erweist sich, dass es von anderen falsch verstanden werden kann. Weil das geäußerte Wort im Aussen ein Eigenleben führt, kann ein solcher verfehlter Selbstausdruck schmerzlich nachgehen; und es kann geradezu widerwärtig sein, im weitergehenden Gespräch durch den anderen darauf zurückgeworfen und behaftet zu werden.

Hinzu kommt die prinzipielle Unzulänglichkeit aller Selbstthematisierung. Max Frisch bringt sie auf den Punkt:

«Zuweilen habe ich das Gefühl, man gehe aus dem Geschriebenen hervor wie eine Schlange aus ihrer Haut. Das ist es; man kann sich nicht niederschreiben, man kann sich nur häuten. [...] Schreiben ist nicht Kommunikation mit Lesern, auch nicht Kommunikation mit sich selbst, sondern Kommunikation mit dem Unausprechlichen. Je genauer man sich auszusprechen vermöchte, um so reiner erschiene das Unausprechliche, das heisst die Wirklichkeit, die den Schreiber bedrängt und bewegt. Wir haben die Sprache, um stumm zu werden. Wer schweigt, ist nicht stumm. Wer schweigt, hat nicht einmal eine Ahnung, wer er nicht ist.»²²

Es gibt Sprache, die mit Lebensworten zu tun hat, und Sprache, die zwar notwendig ist, um sich selbst nicht zu verfehlen, die aber doch nur die Haut ist, während die eigentliche Wirklichkeit unaussprechlich bleibt.

Wenn Seelsorgende ein Patientengespräch Revue passieren lassen, noch mehr: wenn sie es für sich selbst dokumentieren oder wenn sogar die Frage ansteht, wie Inhalte innerhalb des Seelsorgeteams oder interprofessionell kommuniziert werden können, sind diese Aspekte riskanter Selbstthematisierung zu berücksichtigen. Nicht jede Selbstthematisierung ist geglückt; in der Rezeption durch eine andere Person ist sie nicht gefeit vor falschen Deutungen. Sind solche «Interferenzen» in zwischenmenschlichen Begegnungen ohnehin schon Störfaktoren, so wird ihre Problematik durch eine Dokumentation – und zwar schon auf der Ebene der persönlichen Dokumentation – potenziert. Die Gefahr, Falsches zu dokumentieren, kann auf der Ebene des geistigen Wohlergehens nicht weniger verhängnisvolle Konsequenzen haben als in der medizinischen Dokumentation.²³ Jedenfalls muss dem Dokumen-

²² Frisch, Stiller, 677. Siehe auch 416: «Man kann alles erzählen, nur nicht sein wirkliches Leben.»

²³ Vgl. dazu auch: Hanspeter Schmitt, Dokumentation und Verletzbarkeit. Über die Bedeutung und Ambivalenz klinischer Systeme, in: *Spiritual Care* 6 (2016) 215–221.

tierten ansehbar sein, dass es nicht beansprucht, das Unaussprechliche zu thematisieren. Es ist heilsam, durch das Motiv des «Buches des Lebens» an die Grenze jeglicher Dokumentationspraxis erinnert zu werden. Die Dokumentation der Spitalseelsorge ist weder das in der ersten Person geschriebene noch das aus göttlicher Einfühlung stammende Buch. Im Gegenteil wird es im interprofessionellen Bereich notwendig sein, abstrahierende Formalisierungen (s. o. die «Lebensbilanzfragen») zu suchen und selbst im Bereich der persönlichen Notizen festlegende Beschreibungen zu vermeiden.

4 Fazit

Was menschliches Leben ausmacht, ist entzogen und nicht dokumentierbar. Bei näherem Hinsehen erweist sich indes, dass gerade die Selbstentzogenheit des Menschen mit der Notwendigkeit einhergeht, sich zu symbolisieren, in gewisser Weise also auch: sich zu dokumentieren. Dabei ist mit einem bleibenden komplexen Spannungsverhältnis zwischen Unbewusstem und Bewusstem, zwischen Persönlichem und Öffentlichem, zwischen «Innen» und «Aussen» zu rechnen. In einer nichtdualistischen Sicht des Menschen lassen sich Innen und Aussen, Nichtkommunikables und Kommunikables nicht reinlich unterscheiden.

Im Prozess des Selbstverstehens und der Selbstvermittlung sind Menschen notwendig auf Andere angewiesen. Auch der Prozess der Versprachlichung findet im Angesicht des Anderen statt, und zwar im Grenzfall selbst dann noch, wenn diese Versprachlichung in verborgener Einsamkeit geschieht.

Die verschiedenen Aufgaben der Spitalseelsorge haben an dieser Spannung zwischen Intimität und sozialer Bezogenheit teil. Das entsprechende Selbstverständnis der Spitalseelsorge hat Konsequenzen für die interprofessionelle Verortung im Spital.

(1) Vorauszusetzen ist Spitalseelsorge als ganzheitliche Seelsorge, die – in vielfältigen Vollzügen – nicht nur die religiöse Dimension, sondern das Sein des Menschen vor sich selbst, vor Gott und vor anderen betrifft. Spitalseelsorge ist zu einer Mitsorge dafür verpflichtet, dass die Institution des Spitals dem umfassend betrachteten Menschen gerecht wird. So werden Seelsorgende im Gesundheitssystem letztlich auch zu Anwälten jener Personen, die in Krankheitssituationen nicht um die Vielschichtigkeit ihres Lebens gebracht werden dürfen.

(2) So sehr die christliche Seelsorge den einzelnen Menschen in seiner unantastbaren Würde und in seiner ureigenen Gottesbeziehung vor Augen hat, so sehr sieht sie diesen Menschen doch in seiner Verwobenheit mit der Mitwelt. Es bedürfte weiterer Reflexion, um zu unterscheiden, wo die Spitalseelsorge einerseits durch das Seelsorgegeheimnis der Intimität und Autonomie persönlicher Existenz einen Schutzraum bieten muss, und wo sie andererseits gegen eine übermässige und gerade in Krankheitssituationen unheilvolle Privatisierung existentieller Belange, nicht zuletzt der religiösen Dimension menschlichen Lebens, eintreten und sich gerade deswegen engagiert auf die interprofessionelle Kommunikation einlassen muss. Dass heute Fachpersonen in Medizin und Pflege zusammen mit Spitalseelsorgenden wahrnehmen, wie sehr seelische und leibliche Verfasstheit in Interaktion zueinander stehen, kann dazu helfen, existentielle und religiöse Fragen aus privatistisch missverstandenen Nischen herauszuholen.

(3) Sogar der traditionelle Kernvollzug der Spitalseelsorge, das Seelsorgegespräch, hat so gesehen eine zweifache Dynamik. Es steht im Dienst der Selbstthematisierung für sich selbst und im Angesicht Gottes, wie sie gerade in der prekären Krankheitssituation dringlich wird. Es gilt, sich der eigenen Identität in der Diskontinuität zu bisherigen Lebenskontexten und angesichts neuer Selbsterfahrungen zu vergewissern. Zugleich verhilft die Seelsorgeperson durch das so gewonnene Selbstverstehen aus der Isolation, in der ein kranker Mensch sich auf sich selbst zurückgeworfen erfährt. Damit kann sie auch zur Brücke in die soziale Umwelt des Kranken werden. Wenngleich die Spitalseelsorge die soziale und kommunikative Isolation von kranken und alten Menschen primär durch die Befähigung und Bestärkung der betreffenden Menschen in ihrem eigenen Kommunikationsverhalten zu durchbrechen sucht, muss reflektiert werden, inwiefern Spitalseelsorge in Grenzsituationen hier auch eine Anwaltschaft wahrzunehmen hat.

(4) Zur ganzheitlichen Sorge für einen Menschen gehört darüber hinaus auch das direkte Augenmerk auf dessen soziale Vernetzung und institutionelle Eingebundenheit. Es wäre eine sehr spiritualisierte Auffassung von Seelsorge, sich ausschliesslich auf den intimen Bereich des persönlichen Wohlbefindens zu konzentrieren, ohne sich der Würde der Person im grösseren Umfeld verpflichtet zu sehen. Wenn Paul Ricœur Ethik als «Ausrichtung auf das ‹gute Leben› mit Anderen und für sie in gerechten Institutionen»²⁴ beschreibt, dann

²⁴ Ricœur, *Selbst*, 210 (im Original kursiv hervorgehoben); vgl. auch 236–246.

steht die Spitalseelsorge auch unter dem Anspruch, das Spital als «gerechte Institution» mitzugestalten.

(5) Die genannten Aspekte, in denen die Spitalseelsorge aus dem vertraulichen Gegenüber zu Patienten und Patientinnen herausverwiesen ist, bedürfen dringend einer kriteriellen Näherbestimmung. Spitalseelsorge muss solche Funktionen wahrnehmen, ohne den Raum der Vertraulichkeit und Intimität, den das Seelsorgegespräch als Zuflucht bietet, zu gefährden und ohne in eine bevormundende Rolle zu geraten.

Zusammenfassung: Der Artikel geht der Frage nach, welche Bedeutung es für die Selbstvergewisserung von Menschen insbesondere in Krankheitssituationen hat, wenn sie ihr Leben versprachlicht vor sich selbst bringen. Angesichts der durch Krankheit bedingten Diskontinuität menschlichen Lebens zieht die soziale Bezogenheit solcher narrativen Selbstthematisierung Aufmerksamkeit auf sich. Vor diesem Hintergrund wird die Rolle von Spitalseelsorgenden beleuchtet: Sie ermöglichen und unterstützen den Prozess des narrativen Selbstverstehens und eröffnen einen Raum sozialer Wertschätzung und Anerkennung. Darüber hinaus können sie im Spitalgefüge zu Anwälten der umfassenden Biografie und Identität von Menschen werden, um einen verengten Blick auf deren Patientenstatus zu weiten. Der Artikel wertet persönliche und interprofessionelle Dokumentation – in näher zu bestimmenden Abstufungen und im Bewusstsein des riskanten Charakters von Selbstthematisierungen – als geeignetes Instrument solcher Sorge und Anwaltschaft für die narrative Identität von Menschen im Spital.

Abstract: The article explores the question of what significance it has for the self-assurance of people, especially in situations of illness, when they bring their life before themselves in an explicit manner. In view of the discontinuity of human life caused by illness, the social relevance of such narrative self-exploration attracts attention. Against this background, I examine the role of hospital chaplains: They enable and support the process of narrative self-understanding and open a space of social appreciation and recognition. In addition, they can become advocates of the comprehensive biography and identity of people in the hospital setting in order to broaden a narrow view of their patient status. The article evaluates personal and interprofessional documentation – in nuances to be defined in more detail and in awareness of the risky nature of self-expression – as a suitable instrument of such concern and advocacy for the narrative identity of people in hospital.

Spiritual Care als Kommunikation menschlicher Verletzlichkeit

Theologisch-ethische Reflexion klinikpastoraler Dokumentation

Hanspeter Schmitt

Das System und die Form klinischer Dokumentation ist ein Bereich, der nicht allein technischen oder medizinischen Gesichtspunkten unterliegt. Das entscheidende Mass der systemischen Erhebung und Weitergabe von Patientendaten ist immer die Person – ihre wesentlichen Vollzüge sowie ihr unverwechselbares, zugleich beziehungsreiches, geschichtlich offenes Dasein. Von dieser, letztlich nicht objektivierbaren personalen Wirklichkeit her sind alle Formen der Datenkommunikation kritisch zu bewerten und weiterzuentwickeln. Das gilt besonders, weil dieser Austausch für das Wohlergehen von Menschen notwendig ist – innerhalb wie ausserhalb klinischer Kontexte.

Im Folgenden soll dieser Ansatz einer theologisch-ethischen Reflexion klinikpastoraler Dokumentationssysteme skizziert werden. Medizinethik (1.), Spiritual Care-Kulturen (2.), klinische Dokumentation (3.) und ihre konkrete Praxis (4.) sind zentrale Voraussetzungen für die Qualität der Medizin und Pflege bzw. ihrer jeweiligen Institutionen. Weil sie aber von deren Abläufen, deren dominanten Routinen und Vorgängen überformt und marginalisiert werden können, müssen sie darin ihren anthropologischen wie ethischen Eigenstand begründen und behaupten. Das ist der Horizont, in dem sich auch die kirchlich-pastoral getragene Spiritual Care und ihre Dokumentation (5.) bewegen, originär entfalten und ethisch erörtern lassen.

1 Medizinethik¹

Die humane Grundintention aller medizinischen und pflegerischen Institutionen bzw. Interaktionen ist es, zu helfen und zu heilen. Menschen, die in

¹ Vgl. für diesen Abschnitt: Lutz Bergemann/Andreas Frewer (Hg.), Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin. Menschenrechte – Ethik – Empowerment, Bielefeld

Krankheit und Krise besonders angewiesen und verletzlich sind, sollen auf Basis dieser Strukturen und durch die dort handelnden Personen professionelle Unterstützung erhalten. Selbst in kurativ wenig aussichtsreichen Situationen erfahren sie umfassende Pflege, Schutz und eine aufs Ganze des menschlichen Wohles zielende Begleitung.

Allerdings gab es im Kontext medizinisch-pflegerischen Handelns und seiner Einrichtungen immer auch das Bewusstsein, dass hilfesuchende Menschen darin zusätzlich gefährdet sein können. Das geschieht meist nicht aufgrund persönlichen Versagens, sondern ist der soziologischen Realität von Medizin und Pflege geschuldet. Heilberufliche Rollen, Institutionen und Strukturen werden etabliert, um die im persönlichen Bereich begrenzten Möglichkeiten von Hilfe und Versorgung nachhaltig zu kompensieren. Sie wirken wegen ihres strukturellen Charakters aber zugleich ambivalent, im Ernstfall sogar dehumanisierend, sofern damit individuelle oder institutionelle Praktiken einhergehen, die den legitimen Interessen angewiesener Personen entgegenlaufen.

Deshalb waren Kultur und Medizin von je her daran interessiert, eine medizinethische Reflexion zu entwickeln, die auf sie selbst zurückwirkt und sie

2018; Holmer Steinfath, Das Wechselspiel von Autonomie und Vertrauen – eine philosophische Einführung, in: ders./Claudia Wiesemann (Hg.), *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin*, Wiesbaden 2016, 11–68; vgl. für den Hintergrund auch den gesamten Band. Zudem: Inken Emrich/Leyla Fröhlich-Güzelsoy/Andreas Frewer (Hg.), *Ethik in der Medizin aus Patientensicht. Perspektivwechsel im Gesundheitswesen*, Frankfurt a. M. 2014; Giovanni Maio, *Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, Stuttgart 2012; ders. (Hg.), *Macht und Ohnmacht des Wortes. Ethische Grundfragen einer personalen Medizin*, Göttingen 2012; Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2009; Theda Rehbock, *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*, Paderborn 2005; dies., *Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe*, in: *Ethik in der Medizin* 14 (2002) 131–150. Für den Kontext relevant: Nicola Biller-Andorno/Settimio Monteverde/Tanja Kroenes/Tobias Eichinger (Hg.), *Medizinethik*, erscheint Zürich 2020; Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften SAMW (Hg.), *Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber. Bericht zur Tagung vom 7. Juli 2016 des Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin»*, Bern 2016; Matthias Beck, *Hippokrates am Scheideweg. Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung*, Paderborn 2016; Oliver Müller/Giovanni Maio (Hg.), *Orientierung am Menschen. Anthropologische Konzeptionen und normative Perspektiven*, Göttingen 2015; Settimio Monteverde (Hg.), *Handbuch Pflegeethik*, Stuttgart 2012; Urban Wiesing (Hg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*, Stuttgart 2012; Nicola Biller-Andorno, *Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik*, Frankfurt a. M. 2001.

kritisch wie humanisierend begleitet. Die dabei formulierten Beispiele und Prinzipien dienen der leiblich-personalen Integrität verletzlicher Menschen, auch gegenüber der Funktionalität und Anonymität medizinischer Institutionen oder der potenziellen Fahrlässigkeit ihrer Handlungsträger. Bereits die seit der Antike beispielgebenden klassischen Prämissen des Hippokratischen Eides – dem Kranken umfassend zu nutzen, ihm nicht zu schaden, Unrecht zu vermeiden und die Verschwiegenheit zu wahren – beinhalten diese medizinkritische Intention, hier vor allem bezogen auf die Rolle des handelnden Arztes.²

Die moderne Entwicklung der sogenannten Hochleistungsmedizin und ihrer entsprechend komplexen Systeme und Institutionen hat zu enormen Fortschritten geführt. Mehr denn je scheint es möglich, den durch Krankheit und Krise belasteten Menschen zu heilen, ihn zumindest heilsam zu unterstützen, und seine besonders gesteigerte Verletzlichkeit strukturell wie professionell aufzufangen und zu bewältigen. Zugleich ist aber durch eben diese Entwicklung die Gefährdung des angewiesenen Menschen überaus deutlich hervorgetreten und zweifellos auch gesteigert worden. Stichworte hierfür sind einerseits die immensen, teils irrationalen Erwartungen an die Leistungsfähigkeit und Effizienz medizinischer Therapien, Techniken und Ressourcen. Auf der anderen Seite bedrücken Erfahrungen der Undurchschaubarkeit solcher Medizin sowie der systemischen und technischen Abhängigkeit darin. Sie werden umso frustrierender erlebt, je prekärer die eigene Lage trotz Medizin – oder wegen ihr – erscheint. Es wundert daher nicht, dass in den letzten Jahrzehnten, auch bestärkt durch kulturell leitende Emanzipationsbewegungen, der Ruf nach einem selbstbewussten Status von Patientinnen und Patienten gegenüber medizinischen Akteuren unüberhörbar wurde. Patienten wollen ihren einseitig bestimmten, deshalb «paternalistisch»³ genannten fachlichen Vorstellungen und Entscheiden nicht einfach ausgesetzt sein. Vielmehr fordern sie seither von ärztlicher Seite verständliche wie differenzierte Informationen und Aufklärung sowie die Kompetenz, über die ihnen angebotenen Behandlungen letztgültig zu befinden.

² Urban Wiesing, Der Hippokratische Eid. Einführung, in: ders. (Hg.), *Ethik in der Medizin*, 38–44. Vgl. Thomas Rütten, Die Herausbildung der ärztlichen Ethik. Der Eid des Hippokrates, in: Heinz Schott (Hg.), *Meilensteine der Medizin*, Dortmund 1996, 57–66.

³ Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 117–184, hier 156–162. Vgl. auch Bijan Fateh-Moghadam/Stephan Sellmaier/Wilhelm Vossenkuhl (Hg.), *Grenzen des Paternalismus*, Stuttgart 2010; Rehbock, *Autonomie*.

Diese jüngere Entwicklung hat auch die begrenzte Leistungsfähigkeit der klassischen Medizinethik offengelegt und zu einem medizinethischen Paradigmenwechsel geführt. Praktisch leitendes Prinzip ist nicht mehr die ärztliche Diktion und Fürsorge. An ihre Stelle tritt die mit allen Kräften zu fördernde Autonomie der auf Medizin und Pflege verwiesenen Personen, selbst bei deren Unfähigkeit, ihren Willen aktuell zu äussern. Was therapeutisch unternommen und pflegerisch geleistet wird, soll vom inhaltlich wie existentiell vollzogenen Einverständnis des betroffenen Patienten getragen sein. Nur so lässt sich seine personale Integrität und Mündigkeit bewahren.

Längst wird die wegweisende Bedeutung dieses Paradigmenwechsels durchgängig anerkannt. Allerdings scheint zugleich deutlich, dass damit die auf diese Weise humanisierte Medizinethik und ihre Intentionen nicht wie von selbst zum Zug kommen. Auch sie laufen Gefahr, von institutionellen Gegebenheiten – den herrschenden Logiken, Hierarchien, Zeit- und Sachzwängen – unterlaufen und beschnitten zu werden. Was zur Kritik und humanen Fortentwicklung klinischer Systeme etabliert wurde und nur als freie praktische Reflexion seine Aufgabe erfüllen kann, droht latent in eine funktionale Abhängigkeit von diesen Systemen zu geraten.

Zudem benötigen die jetzt medizinethisch favorisierten Prinzipien – Patientenautonomie als Leitprinzip, Fürsorge, Nicht-Schaden und systemische Gerechtigkeit – eine hermeneutische Interpretation und Sicherung ihres inwendigen Verständnisses. Dieses resultiert aus Überlegungen, die anthropologisch sowie lebensweltlich verortet sind und nicht primär der institutionellen Logik bzw. Organisation klinischer Systeme unterliegen. So kann sich beispielsweise das Konzept der Patientenautonomie einseitig und für eine defizitäre Praxis anfällig gestalten. Das geschieht, wenn anthropologisch nicht gesehen oder nicht vertreten wird, dass Akte der Selbstbestimmung – erst Recht unter dem Eindruck gesteigerter Verletzlichkeit – einer qualitätsvollen sozialen Kultur und Atmosphäre bedürfen.

Auch das haben jüngere Debatten zu diesem Thema wieder deutlicher gemacht und unter dem Begriff «relationale Autonomie»⁴ festgehalten: Um den

⁴ Felix Krause, Sozial verantwortete Selbstbestimmung in der Medizin. Ein anerkenntnistheoretischer Ansatz selbstbestimmten Handelns, Frankfurt a. M. 2016, 115–202, hier 130ff. Vgl. zudem: Johann Ach/Bettina Schöne-Seifert, Relationale Autonomie. Eine kritische Analyse, in: Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Hg.), Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen, Münster 2013, 42–60; Franz-Josef Illhardt (Hg.), Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips, Münster 2008; Rehbock, Personsein.

eigenen Willen, das eigene praktische Hoffen und Streben bilden, erkennen und mündig vollziehen zu können, braucht es besonders in Grenz- und Belastungssituationen umfassende, vertrauensgetragene Besorgnis, Beratung und Begleitung. Das ist der dialogische Nährboden für die vielzitierte informierte Haltung der Patienten zu möglichen Behandlungen und Pflegeprozessen und geht über die selbstredend unverzichtbare ärztliche Expertise und Aufklärung hinaus. Gemeint sind zeitlich grosszügig bemessene, ganzheitlich und paritätisch gestaltete Formen existentieller Kommunikation und Deutung. Sie erst besitzen das Potenzial, im Blick auf konkretes klinisches Handeln und Planen alle Dimensionen menschlicher Existenz und Biografie einzubeziehen und wahrhaft authentisch begründete Entscheide wachsen zu lassen.

Eine solche Kommunikationskultur ist daher in Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu bejahen, offensiv zu organisieren und zu integrieren. Dann bleibt der medizinethische Anspruch umfassender Patientenautonomie keine Fiktion oder führt umgekehrt nicht zur systemischen Überforderung der Verantwortlichen und ihrer Klienten.

2 Spiritual Care⁵

An dieser Stelle kommt die Bedeutung der Spiritual Care-Praxis für gesundheitliche Institutionen und Strukturen erstmals in den Blick. Sie trägt darin

⁵ Vgl. für diesen Abschnitt: Simon Peng-Keller, *Spiritual Care als theologische Herausforderung. Eine Ortsbestimmung*, in: *Theologische Literaturzeitung* 140 (2015) 454–467; ders., *Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffes. Begriffs- und spiritualitätsgeschichtliche Erkundung mit Blick auf das Selbstverständnis von Spiritual Care*, in: *Spiritual Care* 3 (2014) 36–47; Birgit Heller/Andreas Heller, *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierung und Impulse*, Bern 2014; Eckhard Frick, *Spiritual Care – ein Zeichen der Zeit?*, in: *Geist und Leben* 87 (2014) 275–288; ders., *Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen Diskurs*, in: *Spiritual Care* 1 (2012) 68–73; ders., *Spiritual Care in der Humanmedizin: Profilierung und Vernetzung*, in: Constantin Klein/Hendrik Berth/Friedrich Balck (Hg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*, Weinheim/München 2011, 407–420; Ulrich H. J. Körtner, *Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff*, in: Eckhard Frick/Traugott Roser (Hg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Stuttgart 2011, 26–34; vgl. für den Hintergrund auch den gesamten Band. Zudem: Traugott Roser, *Spiritual Care – neuere Ansätze seelsorglichen Handelns*, in: Ulrich H. J. Körtner (Hg.), *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*, Wien 2009, 81–90.

Für den Kontext relevant: Hildegund Keul/Thomas Müller (Hg.), *Verwundbar. Theologische und humanwissenschaftliche Perspektive zur menschlichen Verwundbarkeit*, Würzburg 2020; Lutz Bergemann/Caroline Hack/Andreas Frewer (Hg.), *Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin*, Würzburg 2018;

zur gelingenden Sozialität im besagten Sinn bei, hilft somit, lebensprägende Entscheidungen personbezogen zu begründen und treffen zu können. Akteure der Spiritual Care sind motiviert und geschult, den dafür nötigen dialogischen Nährboden mitzugestalten. Dabei gehen sie auf prägende Erfahrungen, Werthaltungen und Hoffnungen der ihnen Anvertrauten ein, genau wie auf bestehende medizinische, situative und soziale Chancen, Grenzen und Konstellationen. Wenn sie diese im Gespräch behutsam nachvollziehen, womöglich weitere Sichtweisen oder Erfahrungen bestätigend, bereichernd oder entgrenzend anbieten und bei all dem ihre Solidarität glaubwürdig wird, dann eröffnet und differenziert sich für die Betroffenen ein Raum geschützter Selbsterfahrung und Annahme. In diesem Raum können sie ihre bewegende Lage im Horizont persönlicher Lebensentfaltung sowie der menschlich stets gegebenen Gefährdung verstehen und bewerten lernen. Es wachsen in ihnen im günstigen Fall Gründe, Motive und Vertrauen, anstehende Entscheidungen klarer zu sehen und sie zugleich auf die wesentlichen Bedingungen eigener Existenz hin zu transzendieren. Sie werden fähig, diese Entscheidungen realistisch, aber auch mutiger auf einen für sie angemessenen Weg zu bringen.

Man erkennt hier bereits, dass das eigentliche Thema der Spiritual Care, selbst wenn sie im klinischen Bereich angesiedelt ist, nicht das Pro oder Contra solcher praktischen Entscheidungen ist. Vielmehr liegt ihre originäre Profession in der darin hintergründig mitgeführten Kommunikation menschlicher Verletzlichkeit. Angesichts der Herausforderungen und Fragen in Krise und Krankheit, Alter und Pflege tritt diese Verletzlichkeit auf besondere Weise und belastend hervor, wird oft als existentiell bedrohliche Grenze erlebt. Dann bedarf es der erwähnten kommunikativen Räume und Begegnungen, die diese Grenzerfahrungen – ihre Ursachen, Aspekte und Potenziale – ernst nehmen und aushalten, ihre verstörende Wirkung aber auch auffangen,

Daniel Burghardt/Markus Dederich/Nadine Dziabel/Thomas Höhne/Diana Lohwasser/Robert Stöhr/Jörg Zirfas, *Vulnerabilität. Pädagogische Herausforderungen*, Stuttgart 2017; Traugott Roser, *Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*, Stuttgart 2017; Hille Haker, *Vom Umgang mit der Verletzlichkeit des Menschen*, in: Monika Bobbert (Hg.), *Zwischen Parteilichkeit und Gerechtigkeit. Schnittstellen von Klinikseelsorge und Medizinethik*, Berlin 2015, 195–225; vgl. für den Hintergrund auch den gesamten Band. Zudem: Isabelle Noth/Claudia Kohli Reichenbach (Hg.), *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*, Zürich 2014; Erhard Weiher, *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende*, Stuttgart 2011; Hans W. Ingersiep/Theda Rehbock (Hg.), *Die rechten Worte finden. Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens*, Würzburg 2009.

lebensgeschichtlich einordnen und bedeutungsrelevant erwägen. Die Erfahrung der Grenze wird dabei weder verdrängt noch banalisiert, vielleicht aber anders verstanden und auf übergreifend tragende Hoffnung hin bewältigbar. In dieser Hoffnung – mittels ihrer Ereignisse, Symbole und Gesten – kann die Integrität und Ganzheit des verletzlichen Menschseins bewahrt und angenommen werden.

Aus diesem Grund ist es für die im medizinisch-pflegerischen Kontext angesiedelte Spiritual Care zentral, die Sicht eines Menschen nicht auf seine faktischen Belastungen und Einbussen zu reduzieren. Natürlich stehen hier Erfahrungen und die Linderung des Leides, der Schwäche und Krise im Vordergrund. Das darf jedoch nicht zu einer defizitfixierten Wahrnehmung und Schieflage der professionell begleitenden Kommunikation führen. Soll in Krankheit und Pflege die Integrität und vieldimensionale Wirklichkeit Betroffener authentisch entfaltet und geschützt werden, muss man für alle ihre Bedürfnisse und damit verbundenen Gestaltungs- und Sinnperspektiven ansprechbar sein. Gerade in diesen Situationen treten alltägliche, biografische, beziehungs- und glücksbezogene Interessen und Themen deutlich hervor. Das zeigt, wie sich auch dann die Identität eines Menschen wesensgemäss nach allen Seiten öffnet, wie sie ganzheitlich orientiert nach Sinn und Gestaltung verlangt.

Werden daher sämtliche Bedürfnisse und Sinnfragen eines Klienten gestaltet und symbolisierbar, verändert, ja transzendiert das womöglich auch seine aktuelle Not und Krise. Vor allem steuert man der institutionell gewiss ungewollten, hierarchisch aber latent angelegten «Herabwürdigung» eines Klienten als ausschliesslich leidende, der Hilfe bedürftige Person entgegen. Gerade jetzt sollen sein volles Dasein im Blick bleiben, alle in ihm wirksamen Facetten seiner sozalleiblichen wie geistigen Lebendigkeit und Spiritualität wahr- und ernstgenommen werden. Sie sollen – wenn irgend möglich – Ausdruck, Resonanz und Bedeutung finden.

Das deckt sich mit jener menschlichen Vitalität und Ganzheitlichkeit, die unter dem Begriff der Spiritualität und des geistvollen Lebens geschichtlich manifest und theoretisch reflektiert wurde. Die Fähigkeit, spirituell zu sein, sich von existentiell bergendem Sinn bewegen zu lassen und nach ihm auszugreifen, betrifft Menschen in unterschiedlichen Lagen. Das gewöhnliche Alltags- und Beziehungserleben zählt dazu, genau wie aussergewöhnliche Erfahrungen sowohl der jähen Begrenzung als auch jene der beglückenden Selbstüberschreitung und Einheit, die auf Dauer und Absolutheit zielen. Ob gewöhnlicher Alltag, schmerzliches Erleben oder allumfassendes Glück – stets

zeigt sich jenes Geöffnet-, Verletzbar- und Verwiesensein, das zum Menschen in jeder Phase seines Lebens als seine Grundbefindlichkeit gehört. Sie macht ihn berührbar und bedürftig, evoziert seine Entwicklung und Praxis, lässt ihn als soziales wie vernünftiges Wesen wachsen und ruft bei allem nach triftiger Antwort und nach Sinn, nach Anhalt, Feier und Symbolen. Spiritual Care – ob lebensweltlich situiert oder professionell angeboten – ist jene Praxis, die dieses umfassende existentielle Streben aufnimmt, kultiviert und gestaltet.

Allerdings läuft die Spiritual Care-Kommunikation – wie zuvor der medizinethische Diskurs – innerhalb klinisch-pflegerischer Strukturen Gefahr, verkürzt zu werden. Anstatt die beschriebene Vitalität und volle Sicht auf den Menschen, der sich transzendierend findet, zu realisieren und damit zugleich zur Kritik wie humanen Weiterentwicklung medizinischer Systeme beizutragen, kann es darin zur Marginalisierung und Verformung von Spiritual Care kommen. Das geschieht möglicherweise durch ihre Akteure selbst, wenn sie angesichts der herausfordernden Lagen der Klienten deren nach vielen Seiten hin offene Bedürftigkeit und Vitalität aus dem Blick verlieren. Mehr noch aber sind es wieder die Routinen, zeitlichen Taktungen, ökonomischen Diktate und Grenzen sowie die auf kurative Effizienz wie Leistung gerichtete Gesetzmässigkeit gesundheitlicher Institutionen, die dort eine strukturell prägende Etablierung und Entfaltung spiritueller Kommunikationen erschweren.

Daher ist es gar nicht hoch genug einzuschätzen, dass ein integrierter Ansatz von Spiritual Care längst zu den allgemein anerkannten Anliegen des Gesundheitswesens gehört. Es fand schon vor Jahrzehnten Eingang in die Programmatik und Begrifflichkeit der WHO⁶, die für das Verständnis von Gesundheit global federführend ist. Seither wirkt sich dieses Verständnis auf die Philosophie, Politik, Organisation und Praxis gesundheitlicher Institutionen und der für sie tätigen Personen aus. Sämtliche medizinisch-pflegerischen Professionen zeigen sich von der Bedeutung der spirituellen Dimension menschlicher Existenz und Gesundheit überzeugt. Sie sind zumindest ideell darauf aus, sie in ihr spezifisches wie institutionelles Handeln zu integrieren. Daraus ergibt sich die grosse Chance, aber auch das fachliche Erfordernis,

⁶ Vgl. Weltgesundheitsorganisation: WHO, Definition of Palliative Care, in: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (letzter Zugriff 18.04.2020). Für den Hintergrund: Simon Peng-Keller, Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. Vorgeschichte und Hintergründe der WHO-Diskussion um die «spirituelle Dimension», in: ders./David Neuhold (Hg.), *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen*, Darmstadt 2019, 13–71; vgl. hierfür auch den gesamten Band.

einen angemessenen interprofessionell angelegten Austausch über das diesbezügliche Befinden der im klinischen Alltag verletzlichsten Personen zu organisieren und zu führen. Ihre vieldimensional nach Gestaltung und Sinn strebenden Bedürfnisse und Seinsweisen werden erst so zu einer gemeinsamen – professionell betriebenen und aufeinander abgestimmten – Aufgabe.

3 Dokumentation⁷

Dieser erforderliche Austausch findet schon lange über persönliche Kontakte und Gespräche statt, betraf aber doch vornehmlich den internen Dialog von Seelsorgenden und der auf Spiritual Care spezialisierten Fachpersonen. Durch

⁷ Vgl. für diesen Abschnitt: Hanspeter Schmitt, Dokumentation und Verletzbarkeit, in: *Spiritual Care* 6/2 (2017) 215–221; Stefan Wagner, Big Data, moderne Datenverarbeitungsprozesse und klinisches Handeln: Be- oder Entschleunigung?, in: Bergemann/Hack/Frewer (Hg.), *Entschleunigung*, 139–162; ders., Zielkonflikte bei klinischer Informationstechnologie. Ein lösungsorientierter Ansatz im Bereich Onkologie, in: Andreas Frewer/Lutz Bergemann/Christian Jäger (Hg.), *Moralische Zielkonflikte in der Medizin*, Würzburg 2016, 205–226; Andreas Frewer/Martina Schmidhuber, Der überwachende Patient. Ethik und Menschenrechte bei der Entwicklung von Medizintechnik, in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 62 (2016) 3–11; Sue Wintz/George Handzo, Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge, in: *Wege zum Menschen* 67 (2015) 160–164; Inken Emrich/Leyla Fröhlich-Güzelsoy, Patientenorientierung im Krankenhaus. Zur Bedeutung gesundheitsbezogener Informationen, in: dies./Frewer (Hg.), *Ethik in der Medizin*, 135–152; Hille Haker, Narrative Ethik in der Klinikseelsorge, in: dies./Karin Bentele/Walter Moczynski/Gwendolin Wanderer (Hg.), *Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge*, Berlin 2009, 267–307; vgl. für den Hintergrund auch den gesamten Band. Zudem: Johannes Fischer, Ethische Dimension der Spitalseelsorge, in: *Wege zum Menschen* 58 (2006) 207–224.

Für den Kontext relevant: Regina E. Aebi-Müller, Patientendaten und Persönlichkeitsschutz. Aktuelle Fragestellungen aus Sicht einer Zivilrechtlerin, in: *Jusletter* vom 27. April 2020, https://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2020/1021/patientendaten-und-p_d975bb464a.html__ONCE&login=false (letzter Zugriff 18.05.2020); Florian Münch, *Autonome Systeme im Krankenhaus. Datenschutzrechtlicher Rahmen und strafrechtliche Grenzen*, Baden-Baden 2017; Marcel Faißt/Holger Mayr, *Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Pflege. Leitfaden zur effizienten Umsetzung*, Landsberg a. L. 2013; Florian Leiner/Wilhelm Gaus/Reinhold Haux/Petra Knaup-Gregori/Karl-Peter Pfeiffer/Judith Wagner, *Medizinische Dokumentation. Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung. Lehrbuch und Leitfaden*, Stuttgart 2012; Ulrich H. J. Körtner, *Grundkurs Pflegeethik*, Wien 2012; ders., *Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin*, Göttingen 2007; Uwe Fahr, Die Dokumentation Klinischer Ethikberatung, in: *Ethik in der Medizin* 21 (2009) 32–44.

Hierzu auch im vorliegenden Band die Beiträge von Settimio Monteverde, 221–233 und Josef Jenewein/Alois Metz, 235–250.

die besagte gesundheitstheoretische Aufwertung der spirituellen Dimension sowie durch die Etablierung digitaler Daten- und Informationssysteme im medizinischen Sektor hat sich diese Situation allerdings von Grund auf verändert. Hauptinstrument für die Erhebung, Dokumentation und den Austausch von patientenbezogenen Daten sind jetzt die elektronisch geführten Patientendossiers. Sie dienen der raschen, systemisch zugänglichen Information über die gesundheitliche Lage der Klienten und die darauf bezogenen medizinisch-therapeutischen Interventionen. Im System zunehmend erwartet und vielerorts bereits praktiziert wird, dass dort auch Informationen über ihre spirituell-mental Bedürfnisse und Leiden sowie über diesbezügliche Interventionen eingespeist und für den interprofessionellen Austausch zugänglich werden. So hofft man, dem ganzheitlich verstandenen Wohl der Betroffenen klinisch konzentriert Rechnung zu tragen.

Damit einher geht eine reformorientierte Reflexion des gesamten Gesundheitswesens im Sinne einer humanisierten, «sprechend»⁸ genannten Medizin: Der in Krankheit, Krise und Pflege besonders vulnerable Mensch soll mit allen seinen wesenhaften Dimensionen von den klinischen Akteuren ins Gespräch gebracht werden und zur Geltung kommen. Sein ganzes Sein und Befinden gilt als personale Leitlinie und Korrektiv der medizinisch-technischen Möglichkeiten und Strukturen und wird dort durch verlässliche Dialogkulturen systemisch wachgehalten. Hier kann gerade die elektronische Dokumentation von Spiritual Care unterstützend wirken! In komplexen gesundheitlichen Institutionen dient sie einer dergestalt human integrierten Begegnung aller Professionen mit dem Patienten. Sie ist ein entscheidendes klinisches Subsystem, um die informationelle Basis für entsprechende inter- und intra-professionelle Interaktionen und Interventionen zu seinen Gunsten zu ermöglichen. Daher sind Fakt und Formen solcher Dokumentation zu begrüßen und mittels ethischer Reflexion zu fördern.

Dafür braucht es – neben dieser grundsätzlichen Würdigung – aber auch eine kritische Sichtung des klinischen Dokumentationsgebahrens und seiner spezifischen Effekte. Denn Dokumentation von Spiritual Care heisst im Kern, spirituell relevante Erfahrungen und Interaktionen aus ihrer personalen wie intersubjektiven Identität, Lebendigkeit und Präsenz herauszunehmen.

⁸ Giovanni Maio, Wenn Prozesse wichtiger sind als Worte. Zur Gefährdung einer personalen Medizin durch die Übermacht von Naturwissenschaft und Ökonomie, in: ders. (Hg.), Macht und Ohnmacht, 13–32, 27f. Vgl. zudem: Josef W. Egger, Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin, Wien 2017.

Sie werden begrifflich objektiviert und tendenziell von jenen Prozessen, die für ihre Authentizität und Entfaltung originär sind, abstrahiert. Auf diese Weise lassen sie sich handhaben, in den Datenfluss einer Organisation eintragen und zwischen den Professionen vermitteln. So notwendig diese Vermittlung für das ganzheitliche Wohl des Patienten ist, so tiefgreifend kann sie aber auch seine Integrität als Subjekt allen klinischen Handelns gefährden.

Eine solche Gefährdung von Integrität durch Dokumentation hat unterschiedliche Aspekte. Sie zeigt sich bezüglich der Wahrnehmung, Parität, informationellen Selbstbestimmung und Sicherheit von Ereignissen rund um Spiritual Care, sowie was deren systemische Widerständigkeit angeht. Diese Gefährdung kann auch nicht gänzlich vermieden werden, so dass die Dokumentation dieses Bereichs – für sich gesehen und ohne ihre Leistung in Abrede zu stellen – ein ambivalentes Geschehen ist.

- Die *Wahrnehmung* im Rahmen von Spiritual Care betrifft die letztlich nicht verfügbare Weite, Offenheit und transzendierende Dynamik der spirituellen Vollzüge verletzlicher Menschen. Wie schon beschrieben bezieht sich diese Dynamik auf alle möglichen Konstellationen eines Lebens. Darin spiegelt sich die stets nach bewogender Hoffnung und bergendem Sinn ausgreifende Existenz, ohne diese Sinngrößen einfach besitzen und versprachlichen zu können. Diese Wahrnehmung unfassbar tragender Gründe gestaltet sich zudem geschichtlich offen: sie wandelt sich durch die Erinnerung, Gegenwart und Erwartung dafür relevanter Erfahrungen. Per Dokumentation werden diese Erfahrungen begrifflich gefasst und überindividuell kommunizierbar. Die Ambivalenz besteht – je nach Form – darin, sie auf diesem Weg sprachlich «auszudünnen» oder zu verkürzen. Was originär ein lebensnaher Prozess ist, wird in Momentaufnahmen gegossen und droht, seiner eigentlichen, das Unsagbare bewahrenden Symbolik entkleidet zu werden.
- Die *Parität* in der Ausgestaltung von Spiritual Care bezieht sich auf das Erfordernis der Wechselseitigkeit und Ebenbürtigkeit der hier stattfindenden Beziehungen. Was bereits für die humane Qualität jedweder Kommunikation gilt, gewinnt in diesem Bereich existentieller sinnsuchender Interaktion eine spezifische Bedeutung. Tragender Sinn wird nicht hergestellt oder eingeredet. Er erschliesst und ergibt sich vielmehr aus der Offenheit füreinander wie für den Geist einer zutiefst einleuchtenden Deutung. Das setzt Transparenz und die spirituelle Kompetenz derer voraus, die sich als

Medium solcher Prozesse anbieten. Akte der Dokumentation widersprechen dieser Parität nicht grundsätzlich, drohen aber, die Hierarchie zwischen Akteur und dokumentierter Person zu verstärken: Es kommt zur einseitigen Verschriftlichung und Objektivierung von Prozessen und Personen, die zudem Elemente ihrer Bewertung und Beurteilung enthält. Die Mitwirkung der davon am meisten Betroffenen bleibt gleichwohl erheblich eingeschränkt.

- Die *Selbstbestimmung* der von Spiritual Care betroffenen Personen ist damit bereits berührt. Informationell geht es um ihre Souveränität über die sie betreffenden Mitteilungen und Daten. Sie haben einen Anspruch, darüber zu befinden und mitzugestalten, ob und was über sie dokumentiert und kommuniziert wird, und auch in welcher Form und mit wem es geschieht. Dieser Grundsatz betrifft Aussagen und Ereignisse spiritueller Interaktionen in eigener Weise, weil diese soziobiografisch und existentiell besonders bedeutsam sind. Selbstredend benötigen klinische Systeme eingespielte Praktiken fachlicher Dokumentation, die nicht ständig zu hinterfragen sind. Zentral sind dann aber die vorgängige Aufklärung und Zustimmung Betroffener sowie die Festlegung jener Inhalte, deren Weitergabe ausgeschlossen ist oder je neu ihrer Erlaubnis bedarf. Routine und Arglosigkeit bei der Dokumentation und Weitergabe gefährden gerade auf spirituellem Terrain das ins System und seine Akteure gesetzte Vertrauen.
- Die *Sicherheit* der im klinischen Sektor erhobenen Daten hat auch mit diesem Vertrauen zu tun. Um die Tragweite möglicher Gefährdung zu ermitteln, muss man sich die Quantität, Dynamik und Vernetzung digital basierter Patientendaten vor Augen halten. Der administrativen Effizienz und dem medizinischen wie organisationellen Nutzen solcher Bestände stehen ihr möglicher Missbrauch, nicht legitimierte Zugriffe auf sie und die schwer durchschaubare Komplexität der gesamten Datenaustauschsysteme gegenüber. Neben Fehlern bei der Erhebung von Patientendaten und ihrer drohenden Manipulation, Beseitigung oder ihres Verlustes gibt es auch Begehrlichkeiten bei medizinfremden Akteuren aus Politik, Wirtschaft und Versicherungen, für ihre Zwecke an Daten solcher Art zu gelangen. Von diesem Druck, der auf dem Datenaufkommen des Gesundheitssektors lastet, sind Informationen, welche die psychischen und spirituell-mental Leiden und Belastungen von Personen dokumentieren, vorzugsweise betroffen.

- Die *Widerständigkeit* von Interaktionen der Spiritual Care gründet in der ganzheitlichen Entfaltung verletzlicher Personen, die darin stets im Blick und angezielt ist. Trotz eines ideell entsprechend etablierten Gesundheitsverständnisses sind medizinisch-pflegerische Institutionen von der leiblichen, wenn möglich kurativen Fürsorge geprägt. Um die soziale, seelische und spirituelle Dimension strukturell genauso zur Geltung bringen und integrieren zu können, bedarf es systemkritischen Denkens und Engagements. Gegen nötige Reformen stehen meist Aspekte der Wirtschaftlichkeit, denen Normen der Ressourcenzuweisung und Leistungserfassung folgen. Auch sie beeinflussen systemisch Begriffe und Items der Dokumentation von Spiritual Care, die so unter den Druck mess- und ökonomisierbarer Akte gerät. Widerstand im Sinne von Spiritual Care hiesse, politisch wie institutionell zu bewirken, dass der Dialogik, Bedeutung und Symbolik der Verletzlichkeit von Menschen ungeteilt und breit Raum gegeben werden kann.

4 Praxis⁹

Damit liegen sowohl der Wert als auch die Ambivalenz von Dokumentationen im Kontext der klinischen Spiritual Care auf der Hand. Zudem ist deutlich, dass der nach Resonanz und Sinn strebende Mensch, dem diese Praxis

⁹ Vgl. für diesen Abschnitt: Ralph Kunz, Diskrete Spiritual Care – zwischen Dokumentationspflicht und Seelsorgegeheimnis, in: *Spiritual Care* 6 (2017) 191–196; Hanspeter Schmitt, Dokumentation und Verletzbarkeit, in: *Spiritual Care* 6/2 (2017) 215–221; Heidemarie Hürten/Norbert Kuhn-Flammensfeld, Computergestützte Dokumentation, in: Thomas Hagen/Norbert Groß/Wolfgang Jacobs/Christoph Seidl (Hg.), *Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen. Auftrag – Vernetzung – Perspektiven*, Freiburg i. Br. 2017, 216–221; Inger Gunhardsson/Anna Svensson/Carina Berterö, Documentation in palliative care: nursing documentation in a palliative care unit – a pilot study, in: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 25 (2015) 45–51; Lisa Palm, Religiös-spirituelle Begleitung (Spiritual Care) und die Erfassung von Spiritual Pain bei schwerkranken Menschen im Akutspital, in: Manfred Belok/Urs Länzlinger/Hanspeter Schmitt (Hg.), *Seelsorge in Palliative Care*, Zürich 2012, 75–86; Lisa Burkhart, Documenting the story: Communication within a healthcare team, in: *Vision* 21 (2011) 28–33; dies., Informatics: Capturing and measuring spiritual care, in: *Vision* 19 (2009) 16–18; dies., Documenting Spiritual Care, in: *Journal of Christian Nursing* 22 (2005) 6–12; dies./Ida Androwich, Measuring spiritual care with informatics, in: *Advances in Nursing Science* 32 (2009) 200–210.

Für den Kontext relevant: Simon Peng-Keller, Digitale Dokumentation klinischer Seelsorge. Hintergründe, Modelle, Diskussionen, in: *Wege zum Menschen* 72/3 (2020) 257–270; Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (Hg.), *Leitlinien. Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care in Palliative Care*, Bern 2019;

gilt, immer relevanter ist, als alles, was über ihn dokumentiert und kommuniziert werden kann. Daraus folgt für die inter- und intraprofessionelle Kommunikation diesbezüglicher Erfahrungen und Interventionen, dass sie einer multiplen, dabei in sich gut abgestimmten Struktur und Gestaltung bedarf. Gewisse Formen und Intensitäten der Dokumentation von Patientendaten sind darin unverzichtbar, müssen jedoch mit weiteren Ereignissen und Routinen wechselseitiger Information und Betrachtung kombiniert sein und in Einklang stehen. Dann kann es gelingen, die spirituelle Dimension und Authentizität einer abhängigen Person zu bewahren und zu schützen.

Der originäre Ort solcher Kommunikation aber bleibt die dialogische Begegnung und Gegenwart spirituell berührter, auf lebenstragenden wie situativ relevanten Sinn hin geöffneter Menschen. Explizit in ihrer Mitte steht der von Krankheit, Leid und Krise besonders Betroffene. Er erfährt sich mit seiner Betroffenheit und Schwäche derart angenommen und respektiert, dass die ganze Wahrheit und Transzendenz seiner Person zum Vorschein kommt und Ausdruck finden darf. Das unfassbar Tragende seines Daseins und Hoffens wird so womöglich spür- und symbolisierbar, auch wenn es sich dokumentierbaren Begriffen, Vorgaben und Schemen letztlich entzieht.

Unter dieser prinzipiellen Rücksicht sollte intensiv an der Entwicklung und Koordination angemessener Formen klinischer Kommunikation von Spiritual Care gearbeitet werden. Ihre Systematik und Praktikabilität hängt auch von den vor Ort jeweils gegebenen Strukturen, Aufgaben und Situationen ab. Folgende Leitlinien legen sich aber – nach dem bisher Gesagten – für die praktische Ausgestaltung ortsübergreifend nahe:

- Ausführliche *Assessment-Verfahren* zur Erfassung der spirituell-mental Lage und Prägung von Klientinnen und Klienten werden beim Eintritt in wie beim Austritt aus einer Institution durchgeführt. Zur Erfassung berechtigt sind ausgewiesene Fachpersonen der Spiritual Care und der Kli-

dies. (Hg.), *Spiritual Care in Palliative Care. Leitlinien zur interprofessionellen Praxis*, Bern 2018; Thorsten Moos/Simone Ehm/Fabian Kliesch/Julia Thiesbonenkamp-Maag, *Ethik in der Klinikseelsorge. Empirie, Theologie, Ausbildung*, Göttingen 2016; Bernadette Klapper/Silke Lecher/Doris Schaeffer/Uwe Koch, *Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus*, in: *Pflege* 14 (2001) 387–393. Vgl. hierzu auch im vorliegenden Band die Beiträge von Anne Vandenhoeck (79–96), Pascal Mösli (97–124); Pascal Mösli/David Neuhold/Livia Wey-Meier (125–147), Maya Zumstein-Shaha (251–273) und Simon Peng-Keller (305–319).

nikpastoral. Das angewandte Instrument ist ein differenzierter Befragungsbogen mit unterschiedlichen Kategorien und Items, welche die gesamte Breite der spirituell-mental Dimension inklusive die persönliche Formung bei einer betroffenen Person abbilden. Auch frei formulierbare Texte zur Sache sind vorgesehen. Gesprächspartner der Fachperson ist selbstredend die der Institution anvertraute Klientin selbst oder – bei aktueller Unfähigkeit, sich zu äussern – die zu ihrer Vertretung berechnigte Vertrauensperson. Von ihnen wird das so entstandene Dokument eingesehen, autorisiert und für die interprofessionell diskrete Kommunikation freigegeben. Es ist Teil des *interprofessionell* einschbaren elektronischen Patientendossiers.

Davon zu unterscheiden sind Kommunikations- und Dokumentationsereignisse der Spiritual Care während des Aufenthaltes einer Person in einer medizinisch-pflegerischen Institution. Diesbezüglich gilt:

- Aufgrund des heilberuflich etablierten, professionsübergreifenden Interesses am spirituellen Wohlergehen des Patienten sind *alle Professionen* für diese Dimension aufmerksam und ansprechbar. Allfällige personbezogenen Erkenntnisse tragen sie in den dafür vorgesehenen Account des Patientendossiers ein. Sie haben dort die Möglichkeit, zwischen wenigen Grundaspekten zu wählen und sie – wenn zutreffend – zu markieren (Checkbox). Frei formulierbare Texte sind nicht vorgesehen. Dafür besteht die Erwartung und technisch die Möglichkeit, ein Signal an die Fachleute der Spiritual Care und der Pastoral zu geben, wenn Interventionen oder Interaktionen von dieser Seite nötig scheinen oder gewünscht werden. Das besagte Raster und der Fakt des professionsübergreifenden Austausches der darin erhobenen Daten werden vom Patienten bzw. seiner Vertretungsperson beim Eintritt in die Institution eingesehen und autorisiert. Die in diesem Account eingetragenen Daten werden *interprofessionell* konsultiert und diskret gehalten.
- Den in der Institution etablierten *Fachleuten für Spiritual Care oder Pastoral Care* steht in diesem Account ein differenzierteres Raster zur Verfügung. Es dient der aktuellen Erfassung und Dokumentation der erlebten spirituell-mental Lage ihrer Klienten und der getätigten wie empfohlenen Interaktionen und Interventionen. Dafür bietet dieser professionsspezifische Account – gegenüber seiner interprofessionellen Ebene – weitere erlebens-, spiritualitäts- und religionsspezifische Grundaspekte und auch Teilaspekte dieser Materie, überdies Checkboxes, die das erwähnte praktische

und spirituelle Handeln spiegeln. Es sind auch kurze, frei formulierbare Texte der Fachpersonen möglich. Die in diesem Account dokumentierten Informationen sind nur für die diskrete *intraprofessionelle* Einsichtnahme und Kommunikation zugänglich. Freitexte sind – sofern sie höchstpersönliche Aussagen des Klienten dokumentieren oder wiedergeben – von diesem bzw. von seiner Vertrauensperson jeweils zu autorisieren. Nicht eigens zu autorisieren sind Eindrücke der Fachperson über das Befinden ihres Klienten. Das inhaltliche Raster und sein Gebrauch werden hingegen beim ersten Kontakt zur Kenntnis gegeben.

- Begleitend erfolgen permanent *inter- und intraprofessionelle Kommunikationen* über das spirituelle und mentale Befinden einer der Institution anvertrauten Person (z. B. reguläre Beratungen innerhalb einer Profession, interprofessionelle Dienstübergabe, informeller Austausch, Supervision, Fortbildung). Sie schöpfen sowohl aus den personbezogen dokumentierten Daten wie aus Eindrücken, die in persönlichen Begegnungen mit dem Patienten bzw. mit ihm nahestehenden Menschen entstanden sind. Diese Prozesse sind notwendig, weil sie helfen, die subjektive Präsenz verletzlicher Personen in den Interaktionen der Spiritual Care zu erhöhen. Umso wichtiger ist es umgekehrt, das Vertrauen professionell bestehender Beziehungen zum Patienten nicht zu verletzen. Das Prinzip beruflicher Verschwiegenheit untersagt jede Weitergabe von höchstpersönlich kommunizierten Ereignissen des sozialen, moralischen, existentiellen und spirituellen Erlebens und Handelns des Patienten, sofern er ihr nicht eigens zugestimmt hat.

Diese Leitlinien der klinischen Kommunikation von Spiritual Care haben zum Ziel, das dafür bedeutsame Dokumentationsgebarren in ein interaktives Gesamtkonzept einzubinden und seine Ambivalenzen so zu bewältigen. Eine Kasuistik, wie dieses Konzept in seinen einzelnen Teilen auszugestalten wäre, geht über die hier vorgelegte anthropologisch-ethische Reflexion hinaus. Jedoch sind auf ihrer Basis und entlang der beschriebenen Unwägbarkeiten fundamentale Wertorientierungen für jede Form und jeden Schritt solcher Ausgestaltung festzuhalten. Massgeblich und zu beachten sind demnach: (a) sachgemässe Weite und Authentizität spiritueller Vollzüge; (b) Mitwirkung von Patienten an sie betreffenden Prozessen und deren Transparenz; (c) Souveränität von Patienten über den sie betreffenden Informationsfluss und Schutz ihres Vertrauens; (d) Herstellung und Kontrolle eines in allem sicheren Datenaustauschsystems; (e) gezielte Systemkritik im Fall der institutionellen Verletzung dieser Ansprüche.

5 Klinikpastoral¹⁰

Die kirchlich wie konfessionell getragene Pastoral, die in den medizinisch-pflegerischen Institutionen arbeitet und dafür formal beauftragt ist, gehört

¹⁰ Vgl. für diesen Abschnitt: Thomas Beelitz, Trostspuren – Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge im Krankenhaus, in: Traugott Roser (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 2019, 487–498; Ralph Kunz, Krankenhausseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft, in: a. a. O., 540–552; vgl. für den Hintergrund auch den gesamten Band. Zudem: Simon Peng-Keller, Spezialisierte Spiritual Care im Horizont des christlichen Heilungsauftrags, in: Michael Fischer (Hg.), Relevanz in neuer Vielfalt. Perspektiven für eine Krankenhausseelsorge der Zukunft, Münster 2018, 55–68; ders., Professionelle Klinikseelsorge im Horizont interprofessioneller Spiritual Care, in: Pastoraltheologie 106 (2017) 411–421; ders., Spiritual Care und klinische Seelsorge im Horizont globaler Gesundheitspolitik. Chancen und Herausforderungen, in: Hagen/Groß/Jacobs/Seidl (Hg.), Seelsorge, 47–55; vgl. für den Hintergrund auch den gesamten Band. Zudem: Stefan Gärtner, Krankenhausseelsorge vor der Herausforderung Spiritual Care. Die praktisch-theologische Debatte und ihre professionstheoretischen Konsequenzen, in: Praktische Theologie 51 (2016) 50–58; Hubert Kößler/Pascal Mösl, Geheimnisträger oder Geheimniskrämer? Krankenhausseelsorger im Umgang mit sensiblen Informationen, in: Bobbert (Hg.), Parteilichkeit, 299–318; Doris Nauer, Seelsorge. Sorge um die Seele, Stuttgart 2014; Isabelle Noth, Seelsorge und Spiritual Care, in: dies./Claudia Kohli Reichenbach (Hg.), Palliative und Spiritual Care, 103–115; Isolde Karle, Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care, in: Wege zum Menschen 62 (2010) 537–555; Erhard Weiher, (Klinik-)Seelsorge als Kommunikation spiritueller Erfahrung, in: Gundo Lames/Stefan Nober/Christoph Morgen (Hg.), Psychologisch, pastoral, diakonisch. Praktische Theologie für die Menschen, Trier 2010, 231–244; Belok/Länzlinger/Schmitt (Hg.), Seelsorge. Für den Kontext relevant: Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund SEK (Hg.), Dem Anvertrauten Sorge tragen. Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge, Basel 2016; Traugott Roser, Nur wer sich ändert, bleibt sich treu. Zukunftsfähigkeit der Krankenhausseelsorge zwischen kirchlichem Auftrag und gesellschaftlicher Herausforderung, in: Wege zum Menschen 71 (2019) 448–462; ders., Wie positioniert sich Seelsorge im Gesundheitswesen? Spiritual Care und die Integration von Seelsorge in ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 59 (2015) 262–278; ders., Spiritual Care und Krankenhausseelsorge. Spiritual Care ist eine Frage der Organisationskultur, in: Diakonia 46 (2015) 232–240; Hille Haker/Gwendolin Wanderer/Katrin Bentele (Hg.), Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflexionen, Berlin 2014; Michael Coors/Dorothee Haart/Dietgard Demetriades, Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis im Kontext der Palliativversorgung. Ein Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, in: Wege zum Menschen 66 (2014) 91–98; Ralph Kunz, Wie kommt Gott ins System? Die systemische Seelsorge und die gesellige Gottheit – ein Beitrag zur Theologie der Seelsorge, in: Isabelle Noth/Ralph Kunz (Hg.), Nachdenkliche Seelsorge – seelsorgliches Nachdenken, Göttingen 2012, 44–61; Christoph Morgenthaler/Urs Winter-Pfändler, Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? Entwicklung eines Fragebogens und erste

idealerweise zum interprofessionellen Behandlungsteam. Damit ist sie in das beschriebene Konzept der Kommunikation von Spiritual Care und die darin geregelte Informations- und Dokumentationskultur integriert. Es bleibt ihr dabei unbenommen, für den konfessionsinternen Austausch im elektronischen Dokumentationssystem weitere Items und Begriffe zu entwickeln. Sie spiegeln die Spezifika religiöser Erfahrung und kirchlich-ritueller Handlungen. Auch lässt sich für den jeweiligen pastoralen Akteur ein Freitextfeld einrichten, das seinem Gebrauch dient und ausschliesslich von ihm eingesehen wird. Das ändert jedoch nichts daran, dass die Klinikpastoral an die für alle Beteiligten geltenden Formen, Standards und Leitlinien der Kommunikation und Dokumentation personbezogener Informationen aus dem Bereich der Spiritual Care gebunden ist.

Diese Integration der Klinikpastoral ist eine systemische Notwendigkeit, stellt aber auch eine Chance für sie dar. Systemisch geht es um ein gemeinsames Profil des gesamten Sektors spirituellen wie pastoralen Handelns, das wiederum förderlich auf die Ideale und die Organisation heilberuflicher Institutionen zurückwirkt. Hauptsächlich aber stützt das so profilierte Handeln eine stimmige Interaktivität mit den verletzlichsten Personen, dies im Sinn einer koordiniert zugehenden, ganzheitlich geformten sozial-, leib- und seelsorglichen Symbolik und Praxis. Die Chance, die sich für die Klinikpastoral selbst ergibt, liegt gleichfalls auf der Hand: Die Aufnahme bzw. Erörterung der institutionell an sie gestellten Ansprüche sowie der Austausch mit weiteren Anbietern der Spiritual Care erzeugt – Diskurs und Lernbereitschaft vorausgesetzt – Impulse eigener fachlicher Professionalisierung und Identität. Zudem wird im Gesamtkontext deutlich, wie die Klinikpastoral ihren Dienst am Menschen versteht und dass sie ihn engagiert, gekonnt und kooperativ leistet.

Dennoch gibt es die Befürchtung, dass die Klinikpastoral durch diese Integration in das klinische System der Kommunikation und Dokumentation von Spiritual Care mehr verlieren als gewinnen könnte. Das Proprium kirchlich getragener bzw. christlich begründeter Seelsorge liefe tendenziell Gefahr, im interprofessionellen Raster spirituell basaler Erfahrungen und Begriffe egalisiert zu werden und am Ende nicht mehr zum Zug zu kommen. Gegen

Resultate einer Untersuchung in der Deutschschweiz, in: *Wege zum Menschen* 62 (2010) 570–584.

Hierzu auch im vorliegenden Band die Beiträge von Eva-Maria Faber (35–53), Ralph Kunz (199–218), Michael Coors (151–174), David Neuhold (175–197), Traugott Roser (277–288) und Claudia Graf (289–304).

diese Befürchtung stehen freilich die mehr denn je vorhandenen Möglichkeiten christlicher Klinikpastoral, sich institutionell und zum Wohl vieler Patienten profiliert und nachhaltig einzubringen. Gerade in diesem Rahmen werden ihre bedeutsamen, spezifisch geprägten Rituale, Sinn- und Sozialangebote, Gebete und Hoffnungen sichtbar und aufgewertet. Sie können bedarfsgerecht zum Tragen kommen.

Umgekehrt hilft die Basisterminologie, die für die interprofessionelle Kommunikation von Spiritual Care leitend ist, das anthropologische Anliegen auszudrücken und zu bewahren, das sämtliche diesbezüglichen Anbieter verbindet. Mittels der explizit religiösen oder kirchlichen Ausformung ihrer spezifischen Symbole und Ressourcen geht es ja allen im Grund darum, für die Sinn-, Transzendenz- und Hoffnungsdynamik verletzlicher Menschen ein Medium zu werden, sprich: ihnen dafür bewährten Anhalt und einen Raum geschützter wie verstehbarer Begegnung anzubieten. Bei diesem grundlegenden Angang hat eine elementar erschliessende Praxis zunächst den Vorrang gegenüber konfessioneller Exklusivität. Das liegt auch deshalb nahe, weil religions- und konfessionsspezifische Ausprägungen und Unterscheidungen aktuell viel weniger massgeblich sind und eingeübt werden als zu kirchlich bestimmten Zeiten. Umso offener sind Menschen, etwa auch Patientinnen und Patienten, für spürbar betreffende, dabei ästhetisch inspirierende und plausibel vermittelte Vorstellungen, Riten und Texte. Ihr im Glauben und Kirche-sein verwurzelter, ausdrücklich theologischer Sinn ist deswegen keineswegs obsolet, sollte aber eher «bottom-up» als «top-down» vorgetragen werden.

Analog gilt das auch für die Seelsorge- und Beichtgeheimnisse. Sie sind Markenzeichen pastoraler Praxis und Garant der darin vertrauensvoll gepflegten Beziehungen. Gewiss kann man theologische Kategorien anführen, um den Status dieser Form pastoraler Diskretion zu untermauern. Einleuchtender aber ist es, den anthropologischen Grund ihrer Geltung zu benennen, der im Wesen interpersonalen Vertrauens liegt. Solches Vertrauen sichert die Integrität der Privatsphäre. Es braucht wachsenden, allenfalls rechtlich garantierten Schutz, gegebenenfalls auch ausnahmslose Diskretion, je unverzichtbarer und persönlicher die Art der Beziehung bzw. die darin kommunizierten Sachverhalte sind. Nicht anders begründen und differenzieren sich die Berufsgeheimnisse und Schweigepflichten der Professionen jenseits von Seelsorge und Spiritual Care.

Der tragende Gehalt des klinikpastoralen Handelns lässt sich dagegen ohne eine ausdrücklich theologische Hermeneutik nicht erhellen. Im Eigent-

lichen ist jede christliche Praxis bzw. Pastoral von der «Kommunikation Gottes»¹¹ bewegt und geprägt. Darin offenbart sich nach biblisch-christlichem Verständnis eine vorbehaltlos gütige, umfassend erlösende Gerechtigkeit und Liebe, die keine Bedingung und Grenze kennt. Es ist die göttliche Antwort auf die Verletzlichkeit seiner Schöpfung und jedes Menschen. Diese Antwort ist nicht frei von eigener Gefährdung, da sie sich festen Schemen, schlüssigen Theorien und machtvoller Dominanz entzieht. Jenseits dessen scheint sie auf: in heilvollen Geschichten und Zeichen, Begegnungen und Gesten, im Schweigen und im Gebet. So gibt sie der Verletzlichkeit des Anderen Zeit, Anhalt und Raum. Dieser Kommunikation Gottes ist keine Offenheit und Frage des Lebens fremd oder zuwider. Mit der für sie wesentlichen Unbedingtheit und Liebe lässt sie sich auf Alltag, Glück und Leiden ein und schenkt der darin tastenden Hoffnung und Suche ihren über Grenzen tragenden, bergenden Grund. Kommunikation Gottes wirkt als Kraft des Glaubens.

Dafür Medium zu werden, das ist für die Klinikpastoral und jeden ihrer Akteure stets eine Gabe wie Aufgabe. Damit ihr Dienst ihnen nicht äusserlich bleibt, öffnen sie sich und lassen sich in ihrem Denken, Hoffen und Erleben berühren und infrage stellen. Ihre Kompetenz, selbst verletzlich zu sein, mit Sehnsucht und Transzendenz zu leben, wird zur Chance einer Begegnung, die vom tragenden Grund allen Daseins ausgeht. Getragen ist dieser Dienst also von der Lebendigkeit ihrer Spiritualität, die sich mit jener der Patientinnen und Patienten verbindet. Getragen ist er aber auch von einer den Dienst begleitenden Spiritualität in der Gruppe der Seelsorgenden – ob als Liturgie, als zwischenmenschliche Rekreation oder als geistlicher Austausch. Das inspiriert und ermutigt nicht zuletzt den Geist einer medizinisch-pflegerischen Institution, in der die Verletzlichkeit von Menschen umfassend bewältigt und kommuniziert werden soll.

Zusammenfassung: Die elektronischen Patientenakten sind ein zentrales Instrument des interprofessionellen Datenaustausches im klinischen Kontext. Auf Basis eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit sind die Ak-

¹¹ Hanspeter Schmitt, Wozu Theologie? Eine Klärung aus theologisch-ethischer Perspektive, in: Eva-Maria Faber (Hg.), *Lebenswelt und Theologie. Herausforderung einer zeitsensiblen theologischen Lehre und Forschung*, Fribourg 2012, 161–203, 191. Vgl. zur Reflexion der genuin christlichen «Kommunikation Gottes»: ders., *Empathie und Wertkommunikation. Theorie des Einfühlungsvermögens in theologisch-ethischer Perspektive*, Freiburg i. Br. 2002, 413f., 442–448, 478–514.

teure der Spiritual Care und der Klinikseelsorge in diese Kommunikation einbezogen. Es wird daher institutionell von ihnen erwartet und ist vielerorts schon Praxis, dass sie ihre fachlichen Erkenntnisse über den Patienten sowie ihre Aktivitäten in diese Patientenakten einspeisen. Die dafür zu entwickelnden Leitlinien klinikpastoraler Dokumentation sind nicht zuerst eine technische Frage. Sie orientieren sich am umfassenden Wohl verletzlicher Menschen, die besonders auch auf seelsorgliche Praxis und spirituelle Kommunikation angewiesen sind. Nötig sind folglich medizinethische, spiritualitätstheoretische und dokumentationskritische Überlegungen, um solche praktischen Leitlinien begründen zu können. Ziel bleibt es, die humane Qualität dieser Dokumentationen zu gewährleisten und dabei das Selbstverständnis einer christlichen Pastoral konstruktiv einzubringen.

Abstract: Electronic patient records are a central instrument for inter-professional data exchange in the clinical context. On the basis of a holistic understanding of health, the actors of Spiritual Care and clinical pastoral care are involved in this communication. It is therefore institutionally expected and is already common practice in many places for them to insert their professional knowledge about the patient and their activities into these patient files. The guidelines for clinical pastoral documentation to be developed for this purpose are not initially a technical matter. They are oriented towards the comprehensive well-being of vulnerable people, who are particularly dependent on pastoral practice and spiritual communication. Consequently, medical-ethical, spirituality-theoretical and documentation-critical considerations are necessary to justify such practical guidelines. It remains the goal to guarantee the humane quality of these documentations and to constructively introduce the self-conception of a Christian pastoral care.

II. Modelle

Dokumentation im Dienste der bestmöglichen Spiritual Care

Anne Vandenboeck

Es gibt einen zentralen Grund, als Seelsorgerin oder Seelsorger zu arbeiten; und dieser ist der Beitrag, den wir zur bestmöglichen Spiritual Care und zur Grundversorgung von Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen leisten können. Das Dokumentieren ist nur ein Mittel, um dies sicher zu stellen. Es folgt der Geschichte des Patienten bzw. der Patientin, fördert das Wissen unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und koordiniert die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Wenn sie gefragt werden, beschreiben die Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger die bestmögliche Spiritual Care als die Folge und Wirkung ihrer Anwesenheit bei den Patienten und ihren Angehörigen und als Konsequenz ihrer Fähigkeit zuzuhören. Ich denke, dass das Zuhören und das «Präsent-Sein» Grundvoraussetzungen für eine gute «Care» für alle Gesundheitsfachkräfte sind – und nicht typisch für Seelsorger und Seelsorgerinnen. Die bestmögliche spirituelle Begleitung ist dann gegeben, wenn spirituelle Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten durch sie abgedeckt werden. In diesem Artikel werde ich darüber nachdenken, wie die Dokumentation zur Spiritual Care und wie die Reflexion über Spiritual Care zur Frage der Dokumentation beiträgt.

1 Meine eigene Laufbahn

Bereits 2001, als ich als Krankenhausseelsorgerin an der Universitätsklinik in Löwen arbeitete, begann sich ein wirtschaftliches Paradigma im Gesundheitswesen auszubreiten. Unser Krankenhaus beauftragte eine Beratungsagentur, eine finanzielle Überprüfung aller Dienstleistungen vorzunehmen. Das beinhaltete auch die Seelsorge. Wir fanden es schwierig, unsere Arbeit bloss in Zahlen zu überführen und hatten Angst, dass wir Arbeitsplätze verlieren würden. Ich erinnere mich lebhaft an ein konkretes Treffen mit einem Berater, der sah, dass wir einen bestimmten Prozentsatz unserer Arbeitszeit in der Akutversorgung von Familien verbrachten, die gerade einen geliebten Men-

schen verloren haben. Er fragte uns, ob wir einen Überblick über alle «Elemente» geben könnten, die diese Art von Unterstützung umfasse, und über die durchschnittliche Zeit, die wir für jedes einzelne «Element» aufwenden würden. Von da an wusste ich, dass wir nicht die gleiche Sprache sprechen. Also suchten wir nach anderen Seelsorgeteams in Krankenhäusern ausserhalb Belgiens, die ein ähnliches Screening durchliefen. Ich stiess auf den Namen Larry VandeCreek, der in den Vereinigten Staaten vollzeitlich in der Krankenhausseelsorge tätig war – ein bemerkenswertes Anstellungsverhältnis zu dieser Zeit. Er verwies mich an Art Lucas, welcher in Saint-Louis, Missouri die Seelsorge im *Barnes Jewish Hospital* leitete. VandeCreek meinte, dass dieses Team sich für die Wirkungen von Spiritual Care interessiere und eine «gemeinsame Sprache» im Blick habe. Art Lucas lud mich ein, das Modell, mit dem das Team arbeitete, und die Sprache, über die es mit Mitarbeitern und Führungskräften im Krankenhaus selber kommunizierte, kennenzulernen. Ich war acht Wochen lang dort und habe viel gelernt. Die Erfahrung war so prägend, dass ich daraufhin für ein weiteres Jahr in die Vereinigten Staaten ging und das dortige Modell zum Thema meiner Doktorarbeit machte.¹

2 Die «Fachdisziplin der Seelsorge»

Im *Barnes Jewish Hospital* von Saint-Louis traf ich auf ein Team, das versuchte, Krankenhausseelsorge zu betreiben, in dem es sich darauf konzentrierte, etwas sehr Konkretes für die Patientinnen und Patienten zu bewirken. Sie nannten in ihrer Nomenklatur diese «Differenz» ein Ergebnis (*outcome*). In dieser sogenannten «Fachdisziplin»², dem ergebnisorientierten Seelsorge-Modell (*outcome oriented chaplaincy*), das aus ihrer Praxis hervorgegangen ist, wurde eine Sprache praktiziert, die von anderen Angehörigen des Gesundheitswesens verstanden werden konnte.³

¹ Anne Vandenhoeck, De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg. Resultaatgericht pastoraat in dialoog met het narratief-hermeneutisch model van Charles V. Gerkin, Leuven 2007, LXX-334, vgl. <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/1979/877/5/Volledige%2Bversie.pdf>.

² Anm. d. Übers.: «Disziplin» steht im ganzen Text als Abkürzung für das von VandeCreeks und Lucas' entwickelte Seelsorgemodell.

³ Lucas VandeCreek/Arthur M. Lucas (ed.), The Discipline for Pastoral Care Giving: Foundations for Outcome Oriented Chaplaincy, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 10/2 (2001) and 11/1 (2001) 1–174; Arthur M. Lucas, Introduction to the Discipline for Pastoral Care Giving, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 10/2 (2001) 1–33.

Art Lucas und sein Team gingen von der Beobachtung aus, dass Krankenhausseelsorger Einschätzungen vornehmen, aber auch konkret handeln. Bis dahin waren die Modelle in Seelsorge und Spiritual Care meist auf den Assessment-Aspekt von Patienten- und Angehörigengesprächen fokussiert. Die «Fachdisziplin» beginnt freilich auch mit einem Assessment. Krankenhausseelsorger beginnen immer damit, den Geschichten von Patienten und ihren Angehörigen zuzuhören. Sie folgen ihnen mit spirituellen Antennen und achten besonders auf alle Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen, die Patientinnen und Patienten im spirituellen Bereich haben. Während sie zuhören, versuchen sie auch zu erkennen, wie die Gemeinschaft um die Patienten herum «funktioniert», ihre Hoffnungen, ihre Beziehungen zu dem, was im Leben heilig ist und die Bedeutung, die sie ihr geben – insbesondere im Verhältnis zum Umfeld des Krankenhauses. Im Prozess des Zuhörens beginnen Krankenhausseelsorger zu erkennen, wie sie je nach den Bedürfnissen, Hoffnungen und Ressourcen einen «Unterschied» für die Patientinnen und Patienten herbeiführen könnten. Die «Unterschiede», die ihr Besuch bewirkt, sind Ergebnisse in der Spiritual Care. Ein wichtiger Aspekt dieses Modells ist, dass ein angestrebtes Ergebnis kommuniziert werden soll – es sollte sich dem gesamten Pflegeplan einpassen und in erster Linie vom Patienten bzw. der Patientin erwünscht werden. Um einen «Unterschied» zu erreichen, verfügen die Krankenhausseelsorger über ein breites Spektrum an etwaigen Massnahmen, die sich herauskristallisieren in ihrem Erfahrungsraum. Während des ganzen Besuchs beim Patienten bzw. der Patientin konzentrieren sich die Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen auf die Rückmeldung, welche die Patientinnen und Patienten ihnen geben. Die verbale und nonverbale Erfassung von Patientinnen und Patienten bestimmt sowohl die Interventionen als auch die *outcomes*.

Ein ganz spezifischer Aspekt des Modells ist es, dass von der Beobachtung ausgegangen wird, dass spirituelle Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen (und damit Interventionen und Ergebnisse) von medizinischen Pathologien her beeinflusst werden. Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung haben andere spirituelle Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen als Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz. Das ist zugleich ein Anreiz für die Erforschung gemeinsamer Bedürfnisse, Hoffnungen, Ressourcen, Interventionen und Ergebnisse in jedem einzelnen medizinisch-pathologischen Bereich.

Einer der wichtigsten Vorteile der «Fachdisziplin» ist, dass sie den Seelsorgefachpersonen eine Sprache zur Verfügung stellte, die gut in einem interdisziplinären Kontext kommuniziert werden kann. Die in diesem Modell verwendete Sprache ist eine spirituelle Sprache. Das Konzept, eine «mehrsprachige» spirituelle Begleitperson zu sein, wurde damit etabliert. Ein Krankenhausseelsorger muss zwar seine theologische Muttersprache sprechen, aber zudem auch eine «breitere» spirituelle Sprache benutzen, die von anderen verstanden wird: eine wirtschaftliche Sprache für das Management, eine medizinische Sprache in einem interdisziplinären Kontext und so weiter.

Es war Paul Pruyser, der festhielt, dass klinische Seelsorgende im Assessment von Patientinnen und Patienten eine theologische statt einer psychologischen Sprache benützen sollten.⁴ Über 40 Jahre später jedoch scheint eine breitere, spirituelle Sprache von den Fachleuten im Gesundheitswesen besser verstanden zu werden. Die Sprache, die die «Fachdisziplin» verwendet, wurde mit anderen Angehörigen des Gesundheitswesens abgeglichen. Jene wurden gefragt, ob die krankenhauseselsorglichen Tätigkeiten damit gut abgebildet seien. Es ist nur ein kleiner Sprung von der Sprache zum Dokumentieren. Das Modell betont die Kommunikation in einem interdisziplinären Kontext. Als ich in Saint-Louis war, wurde mir beigebracht, mit diesem Modell zu dokumentieren. Das Training begann mit Kontrollkästchen auf einer Checkliste. Nach jedem Besuch war ich angehalten, eine Checkliste durchzugehen und festzuhalten, welcher der Grund für meinen Besuch bei diesem Patienten war, wie ich weitermachen würde, ob es Empfehlungen für das Team gäbe und ob ich meine Aktivitäten und die Ergebnisse des Besuchs nennen könnte. Die Kontrollkästchen erwiesen sich als vorteilhaft für das Erlernen einer Sprache. Mehr und mehr wurden mir dann die Möglichkeiten der Sprache, d. h. der eigenen «Narrationen», beigebracht.

⁴ Paul Pruyser, *The Minister as Diagnostician. Personal Problems in Pastoral Perspective*, Louisville 1976.

Barnes – Jewish Hospital – BJC Health Care		CHAPLAIN'S NOTE Revised May 23, 2001	
Pt. Name _____			
Pt. # _____			
Room # _____			
Addressograph Area -----			
Focus of care: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family Member(s) _____ <input type="checkbox"/> Both			
Date seen: _____ Time seen: _____ am pm Faith Community: _____			
<input type="checkbox"/> Requested by: Name _____ Relationship to patient: _____			
<input type="checkbox"/> Initiated by Chaplain <input type="checkbox"/> Follow-up contact: # _____			
<u>REASON FOR VISIT</u>			
<input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Care Path <input type="checkbox"/> CPR Code <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Imminent Death <input type="checkbox"/> Trauma			
<input type="checkbox"/> New Diagnosis <input type="checkbox"/> Pre-surgical <input type="checkbox"/> Post-surgical <input type="checkbox"/> Sacraments <input type="checkbox"/> Support/Counseling <input type="checkbox"/> Terminal Wean			
<u>ASSESSMENT</u>			
<input type="checkbox"/> Community Issues <input type="checkbox"/> Relationship Issues <input type="checkbox"/> Hope challenges <input type="checkbox"/> Meaning challenges			
<input type="checkbox"/> Coping with Life Change <input type="checkbox"/> Re-Visioning Future <input type="checkbox"/> Health Care Ethics <input type="checkbox"/> Grief/Bereavement			
<input type="checkbox"/> End-of-Life Care <input type="checkbox"/> Beliefs in Conflicts <input type="checkbox"/> Values clarification <input type="checkbox"/> Beliefs/Values in Decision-Making			
<input type="checkbox"/> Relationship with Holy <input type="checkbox"/> Religious Beliefs/Practices <input type="checkbox"/> Sharing Spiritual Journey			
<u>PATIENT/FAMILY CONTRIBUTING OUTCOMES</u>			
A. Outcome(s):			
<input type="checkbox"/> Anxiety decreased <input type="checkbox"/> Community identified/engaged <input type="checkbox"/> Grieving facilitated			
<input type="checkbox"/> Feels connected with The Holy <input type="checkbox"/> Values clarified <input type="checkbox"/> Felt heard			
<input type="checkbox"/> Hope(s) identified/clarified/restored/reconfigured <input type="checkbox"/> Sense of meaning restored <input type="checkbox"/> Sense of meaning re-visioned			
<input type="checkbox"/> Spiritual Resources identified <input type="checkbox"/> Identified meaning/impact of life changes <input type="checkbox"/> Engaged spiritual resources			
<input type="checkbox"/> Experience better connection w/tx team <input type="checkbox"/> Experienced supportive presence <input type="checkbox"/> Ownership in recovery/healing			
<input type="checkbox"/> Vented/shared strong feelings <input type="checkbox"/> Resources liberated for healing/well-being <input type="checkbox"/> Experienced relief from expressing feelings			
B. Progress: <input type="checkbox"/> Achieved <input type="checkbox"/> Partially Achieved/In Process <input type="checkbox"/> Not Achieved _____			
<u>PLAN</u>			
A. Continuing Care: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: <input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> Every-other-day <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> As requested			
B. Interventions:			
<input type="checkbox"/> Crisis Intervention <input type="checkbox"/> Education Patient <input type="checkbox"/> Educate Tx Team re religious/spiritual			
<input type="checkbox"/> Grief Facilitation <input type="checkbox"/> Pastoral Counseling <input type="checkbox"/> Prayer <input type="checkbox"/> Sacraments/Ritual <input type="checkbox"/> Supportive Dialogue			
<u>RECOMMENDATIONS (FOR TREATMENT TEAM'S PATIENT/FAMILY CARE)</u>			
<input type="checkbox"/> End-of-Life Spiritual Care Template <input type="checkbox"/> Ethics Consultation <input type="checkbox"/> Family meeting			
<input type="checkbox"/> Interdisciplinary Care Team meeting <input type="checkbox"/> Initiate DNR Discussion as appropriate			
<input type="checkbox"/> Provide time/privacy for patient/family religious rituals/practices			
<input type="checkbox"/> Review Care Plan (diagnosis, condition, treatment, prognosis) w patient/family			
SIGNATURE _____ Pager # _____			
<input type="checkbox"/> Extern <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> Chaplain			
Date Referral rcvd _____ Time rcvd: _____ am pm Length of Contact: _____			
Response Category: <input type="checkbox"/> Emergent (w/in 15 min) <input type="checkbox"/> Urgent (w/in shift) <input type="checkbox"/> Routine (w/in day)			
Level: <input type="checkbox"/> Friendship <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Confession <input type="checkbox"/> Teaching <input type="checkbox"/> Dialogue <input type="checkbox"/> Counseling			
Intensity: (lowest) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 05 (highest)			

Schema: Checkliste des Barnes Jewish Hospital

Der nächste Schritt im Lernprozess in Sachen Dokumentation war die Herausforderung, keine Häkchen mehr zu setzen, sondern narrativ vorzugehen. Im Idealfall empfiehlt das «Modell» eine funktionale narrative Dokumentation. Narrativ, d. h. in ganzen Sätzen, und funktional, d. h. auf der Grundlage des

Unterschieds zwischen «wissen müssen» (das, was andere Angehörige der Gesundheitsberufe für die bestmögliche Versorgung wissen sollten) und «wissenswert» (was sich auf den Austausch nicht so wichtiger und oft vertraulicher Informationen bezieht). Funktionale, narrative Einträge fassen auf fünf einfachen Prinzipien: 1) Wie bin ich bei diesem Patienten gelandet? 2) Welche ist meine spirituelle Einschätzung dieses Patienten? 3) Welches Ergebnis zeitigt mein Kontakt mit dem Patienten? 4) Welche Interventionen habe ich durchgeführt? und 5) Welche Verantwortung übernehme ich weiterhin für diesen Patienten (Verantwortlichkeit)? Die «Fachdisziplin» plädiert für narrative Charts, d. h. Einträge, weil die Erfahrung zeigt, dass Mediziner es vorziehen, einen kurzen Text zu lesen, anstatt eine Checkliste durchzugehen. Der Ansatz befürwortet auch eine funktionale Darstellung, welche sich darauf fokussiert, wie konkret sich der Kontakt mit dem spirituellen Begleiter bzw. der spirituellen Begleiterin für den Patienten bzw. die Patientin zeigt, anstatt sich auf die inhaltlichen Aspekte des Kontakts zu konzentrieren.

Zwei Beispiele für funktionelles, narratives Dokumentieren, mögen dies illustrieren:

Erstbesuch: Krankenhausseelsorger besuchte Patientin x, Überweisung durch den behandelnden Arzt. Die Patientin zeigte sich nach einem Gespräch mit dem Arzt über ihre Diagnose besorgt. Der Seelsorger hörte aktiv zu und erforschte mit der Patientin mögliche Zukunftsszenarien. Die Patientin fühlte sich gestärkt und äusserte sich, sie fühle sich ruhiger. Der Seelsorger wird die Patientin morgen wieder besuchen.

Diese Dokumentation zeigt auf, was der Seelsorger getan hat, ohne dabei vertrauliche Informationen preiszugeben. Der Arzt überwies die Patientin an den Seelsorger, weil sie nach ihrer Diagnose aufgeregt war. Als der Seelsorger die Patientin besuchte, äusserte sie ihre Angst, dass ihr Mann sie nach dieser Diagnose verlassen würde. Er hatte Schwierigkeiten gehabt, mit ihrer Krankheit fertig zu werden und suchte Trost in einer Beziehung ausserhalb ihrer Ehe. Die Patientin befürchtete, dass die neue und schlechte Diagnose definitiv ihre Ehe auseinanderbrechen lassen würde. Niemand in ihrer Familie wusste von der anderen Beziehung, die ihr Mann hatte. Die Patientin legte viel Wert auf Vertraulichkeit, die der Seelsorger einbringen konnte. Die Dokumentation macht ihrerseits klar, was für das Team wichtig ist: Die Patientin fühlte sich vor dem Besuch ängstlich; ruhig und verstanden nach dem Besuch. Was vertraulich war, bleibt also vertraulich. Wenn der Seelsorger das Bedürfnis verspürt hätte, diese Informationen mit anderen zu teilen, weil sie für die Pflege

der Patientin relevant gewesen wären, dann wäre es wichtig gewesen, die Patientin zu fragen, ob dies auch in Ordnung sei. Eine weitere Regel im funktionalen, narrativen *charting* ist jene, sich an die Fakten zu halten und keine Interpretationen abzugeben. Es gilt, nur aufzuzeichnen, was der Patient oder die Patientin getan oder gesagt hat: die Fakten und dazu Beobachtungen. Unter Umständen legt es sich nahe, Zitate des Patienten oder der Patientin einzubinden, um so dicht wie möglich am Patienten bzw. der Patientin zu verbleiben.

Ein Nachbereitungsbesuch: Die Patientin äussert sich emotional über die bevorstehende Operation. Die Ursache für die Operation gibt der Patientin das Gefühl, ihre Zukunft überdenken zu müssen: Kann sie weiterhin allein leben? Die Seelsorge ging den Blick auf die Zukunft mit der Patientin durch. Für die Patientin scheint «Zukunft» verstanden zu werden als «Abschluss» und «Loslassen». Sie bat darum, für die Operation und die bevorstehende Zukunft gesegnet zu werden. Seelsorger betete mit Geduld. Der Seelsorger wird die Nachbereitung nach der Operation übernehmen.

In dieser kurzen funktionalen, narrativen Darstellung zeigt der Seelsorger einige Bedenken für das gesamte Team an: Die Patientin zweifelt an der Fähigkeit, allein leben zu können, sie sieht wenig Perspektiven. Der Inhalt des Segens und Gebets bleibt vertraulich zwischen Patientin und Seelsorger, aber es scheint doch wichtig zu sein zu erwähnen, dass die Patientin die geistliche Unterstützung in Anspruch nimmt und schätzt.

In meiner Doktorarbeit übersetzte ich das Modell der «Fachdisziplin» ins Niederländische und nannte es selbst das «Fokusmodell», weil das Modell die Seelsorge ermutigt, sich auf den Beitrag zu konzentrieren, den sie selbst in der Versorgung des Patienten bzw. der Patientin leisten kann. Das Modell stösst auch eine Meta-Reflexion während der spirituellen Begleitung an. Bis heute beeinflusst das «Fokusmodell» und seine Sprache die Art und Weise, wie viele Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen in Flandern die elektronische Dokumentation in der Patientenakte vornehmen. Ich führe an dieser Stelle als Beispiel jenes System an, das innerhalb der Universitätskliniken in Löwen entwickelt wurde und von allen daran angeschlossenen Krankenhäusern verwendet wird. Die Kategorisierungen von Ergebnissen und Interventionen, von Bedürfnissen, Hoffnungen und Ressourcen sind in der Dokumentation noch immer weit verbreitet.

3 Erste Schritte in der Lehre, mit dem «Fokusmodell» zu arbeiten und damit zu dokumentieren

Nach Abschluss meiner Doktorarbeit startete ein Lernprogramm für Seelsorger und Seelsorgerinnen, die mit dem «Fokusmodell» in ihrer Praxis arbeiten wollten. Während eines Jahres fanden jeden Monat Treffen und Lernaktivitäten statt. Am Einführungstag zu Beginn des Programms wurden die Seelsorger und Seelsorgerinnen durch Unterricht, Diskussionen und einen ausführlichen Überblick mit dem Modell vertraut gemacht. Besonderes Augenmerk wurde auf die theologischen Grundlagen des Modells gelegt, so dass die Seelsorger und Seelsorgerinnen mit dem narrativen und hermeneutischen Hintergrund vertraut waren. Von den Seelsorgern und Seelsorgerinnen wurde auch erwartet, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen für das anstehende Programm formulierten: Was brachten sie mit? Was erhofften sie zu lernen? Welche waren ihre eigenen Bedürfnisse hinsichtlich der Entwicklung ihres Berufsstandes? Von ihnen wurde gefordert, dass sie sich dazu verpflichten, bis zum Ende des Programms gezielt auf den Erwerb spezifischer Kompetenzen hinzuarbeiten. Am Ende sollten sie dazu befähigt sein:

- 1) die verschiedenen Aspekte des Fokusmodells zu beschreiben,
- 2) gemeinsame spirituelle Themenbereiche für bestimmte Patientengruppen zu identifizieren,
- 3) Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen eines Patienten bzw. einer Patientin zu artikulieren,
- 4) für einen Patienten bzw. eine Patientin gewünschte *outcomes*, d. h. Ergebnisse, zu formulieren,
- 5) einen Plan für seelsorgliche Interventionen zu erstellen,
- 6) seelsorgliche Interventionen zu benennen, die im Kontakt mit dem Patienten bzw. der Patientin stattgefunden haben,
- 7) die Auswirkungen der Seelsorgetätigkeit zu bemessen,
- 8) Empfehlungen für den Pflegeplan im Rahmen des interdisziplinären Teams zu kommunizieren,
- 9) in Patientendossiers auf der Grundlage des Fokusmodells zu dokumentieren.

Um einen vertieften Lernprozess sicherzustellen, wurden mehrere Lernformen umgesetzt:

- 1) *Mentorat im Krankenhaus*: Die Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen wurden gebeten, eine Patientengruppe (mit der gleichen

Pathologie) auszuwählen, mit der sie dann arbeiten sollten. Ich besuchte dreimal die Gesundheitseinrichtungen, in denen die am Programm teilnehmenden Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen arbeiteten. Während ein bis zwei Besuchen bei Patienten der gewählten Patientengruppe führte ich eine Begleitung durch. Anschliessend diskutierten wir die Besuche aus der Perspektive verschiedener Gesichtspunkte des «Fokusmodell». Dabei wurden die Seelsorgenden eingeladen, mit der Sprache des Modells zu arbeiten. Nach dem Mentorat wurden die Krankenhausseelsorgenden gebeten, das Gelernte in einem Bericht festzuhalten.

- 2) *Supervision*: Jeder Seelsorger und jede Seelsorgerin hatte fünf individuelle Supervisionssitzungen, bei denen der Lernprozess auf der Grundlage von Verbatims vertieft wurde. Die Supervision stelle die Möglichkeit bereit, persönliche Glaubens- und Berufserfahrungen mit dem «Fokusmodell» zu verbinden. Die Sitzungen mussten durch einen schriftlichen Input vorbereitet werden. Anschliessend war ein Reflexionsbericht zu verfassen.
- 3) *Die Lerngruppe*: In fünf Sitzungen trafen sich die Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen, um von den je eigenen Erfahrungen mit dem Modell zu profitieren. Jede Sitzung konzentrierte sich auf einen Aspekt des Modells. Nach jeder Sitzung erhielten die Seelsorgenden einen gut ausgewählten Artikel, um die Perspektiven in der Diskussion zu erweitern.

Das Lernprogramm beschleunigte die Integration des Fokusmodells in mehreren Schritten: 1) die Fähigkeit, die spirituellen Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten zu beurteilen; 2) die Fertigkeit, entsprechend zu handeln, d. h. das Ausrichten von Massnahmen auf die Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten; 3) die Fertigkeit, den Beitrag und die Wirkung der Krankenhausseelsorge zu erfassen und zu kommunizieren; 4) die Kompetenz, auf einer Metaebene über konkrete Patientengruppen nachzudenken: Welche sind typische spirituelle Bedürfnisse, Hoffnungen von Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Lungenerkrankung, um nur ein Beispiel zu nennen. Am Ende des Programms mussten die Seelsorgenden dem interdisziplinären Team das spirituelle Profil einer ausgewählten Patientengruppe präsentieren. In der letzten Gruppensitzung berichteten sie von jener Präsentation und den damit verbundenen Auswirkungen. Sie bewerteten auch den gesamten Prozess.

Ich stellte dabei fest, dass die teilnehmenden Krankenhausseelsorgenden offen für den Lernprozess waren. Sie waren begierig danach, mehr über Möglichkeiten zu erfahren, wie sie das kommunizieren können, was sie tun, mehr Wissen darüber zu haben, um während ihrer jeweiligen Handlungsvollzüge auf einer Metaebene darüber reflektieren zu können. Obwohl *shadowing* etwas war, das sie nicht kannten – und wovor sie sogar Angst hatten –, wurde es zu einem festen Teil ihres Lernprozesses. Auf die eine oder andere Weise wurde Dokumentation auf der Grundlage des «Fokusmodells» in der Folge in viele Bereiche des Gesundheitswesens integriert.⁵

4 Wie steht es um die Vertraulichkeit in der seelsorglichen Dokumentation?

Besonders bei katholischen Krankenhausseelsorgern ist die Vorstellung lebendig, dass alles, was ihnen ein Patient bzw. eine Patientin oder ein geliebter Mensch von einem Patienten oder einer Patientin erzählt, unter das Siegel der Verschwiegenheit fällt. Dabei handelt es sich um eine sehr weite Auslegung von Vertraulichkeit! Besonders angesichts der Tatsache, dass es sich dabei in erster Linie um die absolute Vertraulichkeit zwischen einem Priester und jemandem handelt, der eine Sünde bekennt, um Vergebung bittet und für die begangene Sünde die Absolution erhält. Von einigen Ausnahmen abgesehen findet zudem die sakramentale Beichte in einer Kapelle oder Kirche statt. Da die Seelsorgenden im Gesundheitswesen früher überwiegend katholische Priester waren, erwuchs dabei der Eindruck, dass alles, was man zu einem Geistlichen sagt, unter die kanonische Schweigepflicht fällt. Wenn es einen Aspekt der katholischen Seelsorge gibt, der die Säkularisierung in Westeuropa überlebt hat, dann ist es diese Art der Vertraulichkeit. Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen, egal wie alt sie sind, gehen von der Annahme aus, dass das, was man einem Krankenhausseelsorger bzw. einer Krankenhausseelsorgerin anvertraut, bei jenen verbleibt. Das ist zumindest die Erfahrung, die Geistliche machen. Wenn man also in diesem Zusammenhang von Dokumentation spricht, dann schreckt man zuerst die Krankenhausseelsorger

⁵ Anne Vandenhoeck, De spiritueel zorgverlener als drager van verhalen. Een verkenning van de best mogelijke spirituele zorg vanuit het perspectief van registratie, in: Pastorale Perspectieven 3/175 (2017) 18–22; Anne Vandenhoeck, Voorzichtige stappen in spirituele screening, in: Pastorale Perspectieven 3/164 (2014) 10–15; Anne Vandenhoeck, Op de kaart! Registratie vanuit pastoraal perspectief, in: Pastorale Perspectieven 143 (2009) 6–16.

und Krankenhausseelsorgerinnen auf. Was kann denn ein Seelsorger, eine Seelsorgerin (mit)teilen? Andere Beiträge in diesem Band haben sich ausführlicher mit dem Thema der Vertraulichkeit befasst.⁶ Ich möchte der Diskussion nur einige Aspekte hinzufügen.

1) Krankenhausseelsorger und Krankenhausseelsorgerinnen im Gesundheitswesen sind zuallererst an das Berufsgeheimnis gebunden – genau wie andere Angehörige des Gesundheitswesens. Informationen über Patientinnen und Patienten werden weitergegeben, wenn sie für die gesamte Versorgung notwendig sind, d. h. auf einem Wissensbedarf basieren.

2) Die berufliche Schweigepflicht schliesst nicht aus, dass andere, die die gleiche berufliche Schweigepflicht haben, um Ratschläge in Dilemma-Situationen bitten, die Seelsorgende bei Patientinnen und Patienten antreffen.

3) Dokumentation kann ohne Verletzung des Berufsgeheimnisses erfolgen, wenn sie auf funktionelle Weise geschieht.

4) Externe Qualitätskontrollorgane wie JCI (*Joint Commission International*) erwarten von den Krankenhausseelsorgern bzw. Krankenhausseelsorgerinnen, dass diese genau wie jede andere Berufsgruppe auch, Berichte verfassen, um die bestmögliche Kommunikation und Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Krankenhäuser riskieren den Verlust von Qualitätslabels, wenn es Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gibt, deren je konkretes Engagement für den Patienten bzw. für die Patientin nicht bekannt ist.

5) Es gibt einen Unterschied in den Dokumentationsformen von Seelsorgern und Seelsorgerinnen, je nach Kontext (des Gesundheitswesens). Seelsorgende in Gefängnissen sollen keine Einträge erstellen, denn alles, was in Haftlingsakten steht, wird die Aufenthaltsdauer im Gefängnis beeinflussen. Daher bieten diese Seelsorgenden den Gefangenen einen vertraulichen Raum, in dem sie sagen können, was ihnen auf dem Herzen liegt. Seelsorgende in Pflegeheimen und Allgemeinkrankenhäusern dokumentieren aufgrund des spezifischen Kontextes mehr als solche in psychiatrischen Einrichtungen. Alle Arten von Therapie-Einträgen in Patientenakten im psychiatrischen Vollzug beeinflussen den Pflegeplan und die Entlassung mit. Krankenhausseelsorgende heben sich dabei gerne vom Therapeuten und von der Therapeutin ab und zögern deshalb, Dokumentationen anzufertigen.

⁶ Vgl. Beiträge von Michael Coors (151–174), David Neuhold (175–197) und Ralph Kunz (199–218) in diesem Band.

6) Das interdisziplinäre Paradigma gewinnt im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung und einige führende Gesundheitseinrichtungen entwickeln interdisziplinäre Patientenakten, in der alle Beteiligten je eine Kartei für den Patienten bzw. die Patientin erstellen müssen. Die zugrunde liegende Annahme dabei ist, dass es nicht notwendig ist, Informationen aus dem interdisziplinären Team herauszuhalten. Das stellt zweifellos die Seelsorge vor Herausforderungen.

7) Seelsorgende gehen noch immer von der Annahme aus, dass Patientinnen und Patienten nicht wollen, dass sie einen Eintrag erstellen. Aber wir wissen das gar nicht so genau, weil wir dies nie ausreichend untersucht haben. Einer der interessanten Aspekte der Konferenz in Zürich im Juni 2019 zum Thema *charting* war die Diskussion einer kleinen Forschungsarbeit mit Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus. Diese wurden von Seelsorgenden besucht, jene fassten den Besuch zusammen und fragten danach, ob der Patient bzw. die Patientin einwilligen würde, dass diese Zusammenfassung in seiner Patientenakte erfasst würde. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten stimmte dem zu.⁷

5 Theologische Reflexion über die Dokumentationspraxis

Ich erachte es als sehr wichtig, aus einer theologischen Perspektive heraus über die Praxis des Dokumentierens nachzudenken und möchte damit den manchmal rein praktisch-pragmatischen Reflexen in der Krankenhausesseelsorge entgegenwirken. Aus einem praktisch-theologischen Zugang heraus ist die Praxis nämlich von hohem Wert und bringt Dokumentationswerkzeuge hervor, die von den Krankenhausesseelsorgern verwendet werden. So sollte es denn auch sein: Gute Praktiken stossen Überlegungen an und führen zur Entwicklung systematischeren Handelns. Um also gute Instrumente zu konstruieren, ist es unumgänglich, die Praxis zu reflektieren. Leider beschränkt sich die Reflexion manchmal darauf, einen Praxisvollzug zu entkontextualisieren, um ein generell anwendbares Instrument zu entwickeln. An dieser Stelle wäre es aus praktisch-theologischer Sicht notwendig, in die Diskussion mit der Theologie und der Glaubenstradition einzutreten: Was ist der umfassendere Rahmen eines Modells? Warum votieren wir für bestimmte Konzepte oder

⁷ Olivier Tschannen/Pierre Chenuz/Emmanuel Maire/Daniel Petremand/Peter Voltenweider/Cosette Odier, Transmission d'informations par les aumôniers dans le dossier-patient: le choix des patients, in: Forum Med Suisse 14/49 (2014) 924–926.

Schritte und nicht für andere? Was passt zu unseren theologischen Hintergründen? Und umgekehrt: Gibt es theologische Konzepte, die Mehrwert, Inspiration oder Teile der Praxis erfassen können? Erst danach können wir zur Praxis zurückkehren, um sie durch unsere Reflexionsprozesse zu transformieren und so die bestmögliche spirituelle Versorgung, von unseren Identitätsverständnissen ausgehend, aufzubauen.

Während des internationalen Workshops in Chur im Januar 2019 präsentierte Bruno Bélanger die Art und Weise, wie Seelsorge bzw. Spiritual Care in Quebec/Kanada erfasst wird.⁸ Seit 2003 sind dort Seelsorger und Seelsorgerinnen gesetzlich verpflichtet, in der Patientenakte Einträge zu verfassen. Es gab davor zu viele Unterschiede in der Art und Weise, wie solche Einträge von Seelsorgenden erstellt wurden. Durch die neue Situation wurde eine einheitliche Sprache und ein einheitliches System erforderlich. Zwischen 2014 und 2017 fand ein Reflexionsprozess zu Fragen der Dokumentation statt, der sowohl Befragungen der in der Praxis tätigen Seelsorgenden als auch theologische Grundlagenreflexion umfasste. Der Hauptautor, der für die theologische Durchdringung konsultiert wurde, war Louis Roy.⁹ Den Kern des in diesem Prozess erstellten Modells bildet die transzendente Erfahrung eines Patienten bzw. einer Patientin – in der Auseinandersetzung mit dem Leiden, der Endlichkeit und den jeweiligen Grenzen. Dies ist eine Erfahrung, welche Menschen aus sich herauszieht, ihr eigenes Leben transzendiert und so eine entfremdende Wirkung hat. Dabei taucht die Sinnfrage auf. Der Mensch ist beständig auf der Suche nach Sinn. Um die Sinngangsprozesse von Patientinnen und Patienten zu beurteilen, stellt das Modell von Quebec vier «Marker» bereit, die es den Seelsorgenden erlauben, Themen zu identifizieren, in welchen sich das Heilige tagtäglich offenbart. Aus theologischer Sicht vollzieht sich Spiritualität im Alltag der Menschen. Die vier «Marker» zeigen Orte an, an denen Menschen Spuren Gottes entdecken können: Hoffnung, Beziehungen, Überzeugungen/Praktiken, Werte/Engagements. Es ist bemerkenswert, wie stark dieses Modell auf einem Dialog zwischen Theologie und Praxis aufruht.

Wegen der theologischen Grundlagen des Fokusmodells führten Arthur Lucas und ich einen Dialog über eine narrative hermeneutische Perspektive auf die Seelsorge. Die wichtigsten konsultierten Autoren waren Charles V. Gerkin, ein Pastoraltheologe aus Atlanta und dessen Inspirationsquelle Paul

⁸ Bruno Bélanger/Line Beauregard/Mario Bélanger/Chantal Bergeron, *Compendium of the practice of writing notes to file in spiritual care. Some concepts and guidelines, working text*, Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale, Québec, June, 2018.

⁹ Louis Roy, *L'expérience de transcendance. Phénoménologie et analyse*, Montréal 2014.

Ricœur, ein französischer Philosoph, der über Hermeneutik nachdachte. Eine narrative hermeneutische Perspektive auf den Punkt zu bringen, das ist anspruchsvoll. Für den vorliegenden Zusammenhang mögen die folgenden Zeilen genügen: Das Wort «Narration/Erzählung» bezieht sich auf die Tatsache, dass Menschen Geschichten erzählen. Krankenhausseelsorgende hören ihnen zu. Die Geschichten spiegeln die Spiritualität der Menschen wider und wie sie diese interpretieren. «Hermeneutisch» wiederum bezieht sich auf den Prozess des Verstehens, bei dem Seelsorger bzw. Seelsorgerin und Patient bzw. Patientin versuchen, sich gegenseitig über eine Verschmelzung ihrer beiden Verstehenshorizonte zu begegnen. Gerkin sah die Hermeneutik als den Weg zu einer spirituellen Transformation, sowohl auf der Seite des Patienten bzw. der Patientin als auch auf der Seite des Krankenhausseelsorgers bzw. der Krankenhausseelsorgerin. Ein hermeneutischer Prozess bietet die Möglichkeit, zu einer Horizontverschmelzung zu kommen, wodurch sich die Bedeutung einer Lebensgeschichte verändern kann. Der/Die Seelsorgende kann so zu einer Transformation der Spiritualität eines Patienten bzw. einer Patientin beitragen und umgekehrt. Ricœur betonte, dass Fakten im Leben der Menschen eintreten, wir aber haben die Freiheit, die Bedeutung, die wir ihnen beimessen, zu formen und zu ändern. Diese «narrative hermeneutische» Perspektive bietet einen soliden Rahmen, über die Auswirkungen von Seelsorge und deren Ergebnisse zu sprechen – auch über die Gewichtung der Bedeutung, welche Patienten den Fakten geben, die ihnen widerfahren.

Trotz der beiden oben angeführten Beispiele und vieler anderer, die wir hier nicht darstellen können, fehlt es in Bezug auf das Thema der Dokumentation derzeit an theologischer Reflexion und Forschung.

6 Generalistische Spiritual Care

In den letzten zehn Jahren wurde im angelsächsischen Raum viel über generalistische Spiritual Care publiziert, also zu Spiritual Care, die von anderen Fachleuten des Gesundheitswesens als von Krankenhausseelsorgern und Krankenhausseelsorgerinnen selbst geleistet wird. Aus den in diesem Zusammenhang veröffentlichten Publikationen kristallisierten sich einige Instrumente heraus, um etwa ein spirituelles Screening oder die Eruierung einer spirituellen Vorgeschichte des Patienten zu erheben. Beim spirituellen Screening werden einem Patienten bzw. einer Patientin zwei oder drei sehr einfache Fragen gestellt (schriftlich oder mündlich), um ihn/sie in der religiösen oder spi-

rituellen Landschaft zu verorten. Die spirituelle Anamnese ist dagegen umfangreicher und stärker inhaltlich ausgerichtet. Die Mehrzahl der Hilfsmittel in der allgemeinen Spiritual Care sind auf der Ebene der «Spiritual History» angesiedelt. Spirituelle Screening- und Anamneseinstrumente werden dann in das integriert, was über Patienten hinsichtlich ihrer Spiritualität erfasst wird. Auch hier geht es um die Sprache. Die Werkzeuge liefern eine Sprache (Konzepte, Vokabular), die gelernt und verstanden werden muss, um zu dokumentieren.

Ein Beispiel für das spirituelle Screening sind die drei Fragen, die während eines Experiments zu spirituellen Screenings in psychiatrischen Krankenhäusern in der Diözese Brügge im Jahr 2014 gestellt wurden: 1) Was gibt Ihnen jetzt Kraft? 2) Denken Sie über die Bedeutung Ihrer Krankheit nach? 3) Würden Sie gerne mit einem Seelsorger bzw. einer Seelsorgerin darüber sprechen? Je nach Antworten der Patienten bzw. der Patientinnen haben die Pflegefachpersonen, die diese Fragen stellten, selbst Spiritual Care angeboten oder sie haben einen Seelsorgenden als Spezialisten bzw. als Spezialistin für Spiritual Care beigezogen. Ein Beispiel für ein Hilfsmittel in der spirituellen Anamnese ist das FICA-Instrument. Es wurde von der Ärztin Christina Puchalski entwickelt, die in ihrer palliativmedizinischen Praxis, Lehre und Forschung die Spiritualität von Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellte. FICA ist die Abkürzung für *Faith/Belief, Importance, Community* und *Address* in der Pflege. Die Abkürzung ist eine Erinnerungshilfe für die Ärzteschaft, Fragen über den Glauben oder zu den Überzeugungen eines Patienten bzw. einer Patientin zu stellen, wie wichtig diese für ihn bzw. für sie sind, ob der Patient bzw. die Patientin im Glauben oder in der jeweiligen Überzeugung von einer Gemeinschaft unterstützt wird oder ob sein/ihr Glaube in der Pflege angesprochen werden muss. Die vier zentralen Termini stellen einen guten Ausgangspunkt dar, die Spiritualität eines Patienten bzw. einer Patientin zu erfassen.

Ein weiteres Instrument, das oft benutzt wird, um die Spiritualität eines Patienten bzw. einer Patientin zu bestimmen, ist das *Ars-Moriendi*-Modell. Gegenwärtig wird es vor allem von Gesundheitsfachpersonen verwendet, um die spirituelle Dimension der Patienten bzw. der Patientinnen zu erheben, zu kommunizieren und zu dokumentieren. Entwickelt wurde das Modell von Carlo Leget, der die christlich-mittelalterliche «Kunst des Sterbens» neu adaptiert hat.¹⁰

¹⁰ Carlo Leget, Retrieving the ars moriendi tradition, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 10/3 (2007) 313–319.

Um in den Himmel zu gelangen, musste ein sterbender Mensch «lieben», «geduldig sein», «glauben», «hoffen» und «vergeben» und den Tendenzen widerstehen, die dem widerstreben. Diesen mittelalterlichen Ansatz übersetzte Leget in eine zeitgenössische offene und spirituelle Sprache. In der Mitte seines Modells befindet sich der innere Raum des Patienten bzw. der Patientin und darum herum tun sich fünf spirituelle Felder auf, die Teil dieses inneren Raumes sind. Der Patient bzw. die Patientin bewegt sich in diesen fünf Bereichen, ohne sich zwischen den Polen entscheiden zu müssen. In Zusammenarbeit mit den Seelsorgenden und der Palliativstation der Universitätskliniken in Leuven formulierte Leget Fragen, die diese Bereiche in der generalistischen Spiritual Care leichter erkennbar machen. Mittels eines Mentorats eines Seelsorgers lernten die Mitarbeiter der Palliativstation mit dem Modell zu arbeiten, so dass der Austausch über die Spiritualität eines jeden Patienten bzw. jeder Patientin während der Teambesprechungen und eine Erstellung von Diagrammen auf der Grundlage der fünf Bereiche dieses Modells möglich wurden. Im Jahr 2014 verteidigte die Allgemeinärztin Mieke Vermandere ihre Dissertation an der KU Leuven, die über die Applikation des *Ars-Moriendi*-Modells in der Praxis von Allgemeinmedizinerinnen und ambulanten Pflege handelte.¹¹

7 Auswirkungen für die Patienten bzw. die Patientinnen?

Ganz entscheidend ist es, zu wissen, was die Patienten und die Patientinnen als *outcome* eines Seelsorgebesuchs erfahren. Die Worte, die sie dafür verwenden, können den Seelsorgern helfen, zu dokumentieren, vor allem aber können sie die Seelsorge «informieren» und die seelsorgliche Begleitung auf die spirituellen Bedürfnisse der Patienten abstimmen.

Ergebnisorientierte Seelsorge, wie sie von Larry VandeCreek, Art Lucas und ihren Kollegen 2001 beschrieben wurde, versucht die «Unterschiede», die Seelsorger und Seelsorgerinnen bei Patientenbesuchen bewirken, mithilfe ihrer Beobachtungsgabe, ihrer hermeneutischen Fähigkeiten und ihrer Sprache zu bestimmen. In den letzten Jahren gibt es in Europa erste Versuche, die Ergebnisse der Arbeit von Seelsorgenden, wie sie von den Patientinnen und Patienten selbst beschrieben werden, in deren eigener Sprache unter die Lupe

¹¹ Mieke Vermandere/Franca Warmenhoven/Evie Van Severen/Jan De Lepelaire/Bert Aertgeerts, The *Ars Moriendi* Model for Spiritual Assessment: A Mixed-Methods Evaluation, in: *Oncology Nursing Forum* 42/4 (2015) 294–301.

zu nehmen. Dafür wurde ein Instrument entwickelt und validiert: das schottische PROM für Spiritual Care.¹² Im Gesundheitswesen werden *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) bereits häufig eingesetzt. Wenn zum Beispiel ein Onkologie-Patient zu einer Konsultation kommt, wird er gebeten, ein PROM-Formular auszufüllen. Was der Patient vermerkt hat, bestimmt das Gespräch mit dem Arzt, führt aber auch zu mehr Informationen darüber, wie der Patient bzw. die Patientin seine bzw. ihre Krankheit subjektiv erlebt.

Das Europäische Forschungsinstitut für Seelsorgende im Gesundheitswesen ERICH entwickelt dieses Instrument weiter. Es könnte in Zukunft als Screening-Tool oder als Mittel in der Dokumentation von Spiritualität von Patientinnen und Patienten im elektronischen Krankenblatt verwendet werden.

8 Schluss

Es ist entscheidend, welche Sprache und Konzepte man wählt, um seelsorgliche Begegnungen zu dokumentieren. Dies kann an drei Fragen überprüft werden:

1. Bringt die Dokumentation die Spiritualität der Patienten bzw. der Patientinnen zum Ausdruck?
2. Spiegelt sie die spezifische Perspektive der Seelsorge wider?
3. Ist sie für andere Angehörige der Gesundheitsberufe verständlich und inspiriert sie eine generalistische Spiritual Care?

Es ist wohl unausweichlich, dass es in Zukunft zu einheitlicheren Formen seelsorglicher Dokumentation kommen wird. Dies ist auch für die Berufsgruppe der Seelsorge notwendig und zwar aus zwei Gründen: Der erste Grund ist darin zu suchen, dass die Vereinheitlichung der Dokumentation die Forschung viel einfacher gestalten wird. Eine solche Forschung ist dringend notwendig, damit wir uns über die spirituellen Bedürfnisse, Ressourcen und Hoffnungen der Patienten innerhalb der medizinischen Welten gut informieren können. Sie wird uns ein differenziertes Bild von der spirituellen Begleitung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten liefern. Eine einheitlichere Art des Dokumentierens wird auch zu einem besseren Verständnis von Spiritual Care und zu ihrer Integration in die Versorgung führen.

Eines der Dinge, die ich von Art Lucas gelernt habe, ist, dass die Seelsorge dort am interessantesten ist, wo sie in der Lage ist, inmitten von Spannungen

¹² Austyn Snowden/Ian Telfer, Patient Reported Outcome Measure of Spiritual Care as Delivered by Chaplains, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 23/4 (2017) 131–155.

trittsicher zu bleiben: zwischen Vertraulichkeit und Austausch, zwischen Präsenz und Intervention; zwischen der Anstellung bzw. Bezahlung durch das Krankenhaus und der Entsendung durch eine Glaubensgemeinschaft; zwischen der Zeit, die für Dokumentation aufgewendet werden muss, und der Zeit, die man für Besuche verwendet; zwischen dem Gefühl, ein «Profi» zu sein und dem Gefühl, eine «exzentrische» Person zu sein usw. Es ist weitaus bereichernder, hier das Gleichgewicht zu suchen und in diesem zu verbleiben, als nur an einem Ende der jeweiligen Pole zu verweilen. Es scheint einfacher zu sein, nie zu dokumentieren, einfach nur präsent zu sein, die ganze Zeit für Besuche zu nutzen, eine «exzentrische» Person zu sein, die kein wirklicher Teil des Teams ist und alles in einer strengen Vertraulichkeit zu halten. Die andere Art und Weise zu agieren wäre die, sich als Seelsorgerin oder Seelsorger exklusiv als Gesundheitsfachperson zu verstehen, die in keiner Verbindung zu einer lebendigen Glaubensgemeinschaft steht, alles mit anderen Fachleuten im Gesundheitswesen teilt, viel Zeit in die Erstellung von Dokumentationen investiert und sich ausschliesslich an Interventionen und Ergebnissen misst. Die Frage aber bleibt, ob diese Position dann weiterbestehen kann, wenn nur ein Pol der Spannung ausgelebt wird und ob dies dann der beste Weg wäre, die Spiritualität der Patienten innerhalb der aktuellen Paradigmen im Gesundheitswesen zu fördern. Das bezweifle ich ernsthaft.

Ins Deutsche übertragen von David Neuhold/Simon Peng-Keller

Zusammenfassung: Spiritual Care soll im Dienste der bestmöglichen Versorgung von Patientinnen und Patienten stehen. Der Beitrag stellt – biographisch verortet – vor, dass es wichtig ist, konkrete *outcomes* für die Patientinnen und Patienten im Spitalskontext ins Auge zu fassen. Freie Texteinträge von Krankenhausseelsorgern in interprofessionellen Dokumentationssystemen dienen diesem Ziel, sofern sie verständlich, funktional und vertraulich sind. Schliesslich plädiert der Beitrag dafür, die Frage nach der Dokumentation und der Dokumentationspraxis auch theologisch zu durchdringen und er weitet das Verständnis von Spiritual Care über den spezifischen Bereich der Seelsorgenden hinaus, geht es doch um die Patientinnen und Patienten und ihre umfassende und ganzheitliche Versorgung.

Abstract: Spiritual Care should be in the service of the best possible care of patients. The article introduces – biographically located – the importance of considering concrete «outcomes» for patients in the hospital context. Free text

entries of chaplains in inter-professional documentation systems help to achieve this goal, as long as they are understandable, functional and confidential. Finally, the contribution pleads also for theologically penetrating the question of documentation and documentation practice and expands the understanding of Spiritual Care beyond the specific field of pastoral care or chaplaincy, since it is about the patients and their comprehensive and holistic care.

Wide eyes

Auf den Spuren einer guten Seelsorge-Dokumentation in den USA

Pascal Möсли

Dieser Aufsatz geht der Frage nach, was eine gute seelsorgliche, interprofessionelle Dokumentation ausmacht. Die Grundsatzfragen, ob Begleitungen durch die Seelsorge überhaupt dokumentiert werden sollen oder nicht, stehen hier nicht zur Debatte. Gleichwohl kann die Klärung der Voraussetzungen einer guten Dokumentation bzw. die Beschreibung einer guten Dokumentation selbst ein Beitrag sein zur Klärung der Frage, ob die Dokumentation als sinnvolles Mittel der Seelsorge im Gesundheitswesen angesehen werden kann oder sogar muss. Dabei erfolgt die Dokumentation natürlich nie auf der «grünen Wiese», sondern in einem bestimmten Kontext – der des Gesundheitswesens, der wiederum bestimmt ist durch seelsorgliche professionelle Standards, rechtliche Vorgaben, durch gesellschaftliche Erwartungen und vieles anderes mehr. Weil die Dokumentation in den USA eine lange Tradition hat¹ und hier seit Jahren unterschiedliche Dokumentationssysteme entwickelt und intensiv diskutiert wurden, wird die Frage nach der guten Dokumentation in den amerikanischen Kontext hinein gestellt. Es ist zu erwarten, dass sich daraus Erkenntnisse auch für andere kulturelle Kontexte gewinnen lassen.

Was also macht eine gute seelsorgliche Dokumentation im Gesundheitswesen aus? Allgemein gesagt ist sie dann gut, wenn sie, so wie die Dokumentationen auch der anderen Berufsgruppen im Spital, zum Wohl des Patienten und der Patientin beiträgt. Anne Vandenhoeck hält fest:

«Der wichtigste Wert bzw. die wichtigste Bedeutung der Dokumentation für spirituelle Betreuer ist ihr Beitrag zur ganzheitlichen Betreuung und dazu, die bestmögliche spirituelle Betreuung zu leisten. Die Dokumentation dient der bestmöglichen interdisziplinären und spirituellen Betreuung. Deshalb kann der Schwerpunkt nie

¹ Bereits in den Anfängen der Seelsorgebewegung des 20. Jahrhunderts gab es erste Impulse für die seelsorgliche Dokumentation, die später in die *Clinical Pastoral Education* (CPE) eingingen. Vgl. dazu Simon Peng-Keller, Digitale Dokumentation klinischer Seelsorge. Hintergründe, Modelle, Diskussionen, in: *Wege zum Menschen* 72/3 (2020) 257–270.

nur auf der Dokumentation liegen. Die Dokumentation dient der spirituellen Betreuung und nicht umgekehrt. Die Diskussion muss auf der Ebene der Paradigmen und Werte in der Gesundheitsversorgung in Bezug auf die ganzheitliche Begleitung geführt werden.»²

In die gleiche Richtung zielt Brent Peery: «Wir sind darum besorgt, dass Patienten und Familien die bestmögliche ganzheitliche Betreuung erhalten und wir glauben, dass eine sorgfältige seelsorgliche Dokumentation diesem Ziel zuträglich ist.»³

Die Dokumentation wird also letztlich an ihrer Auswirkung für Patientinnen und Patienten zu bemessen sein. Wie aber kann es zu einer hilfreichen Wirkung kommen? Die Dokumentation wird nicht (oder jedenfalls noch nicht) für die Patientinnen und Patienten verfasst, sondern für die Gesundheitsfachleute. Sie trägt damit nicht direkt, sondern indirekt zu einer guten Patientenversorgung bei, indem sie hilft, die intra- und interprofessionelle Begleitung des Patienten bzw. der Patientin zu verbessern. Im Standard 3 der *Standards of Practice for Professional Chaplains in Acute Care Settings* wird festgehalten: «Der Seelsorger trägt Informationen in das Patientendossier ein, die für die medizinischen, psychosozialen und spirituellen/religiösen Ziele der

² Anne Vandenhoeck, The Spiritual Care Giver as a Bearer of Stories. An Belgian Exploration of the Best Possible Spiritual Care, in: Simon Peng-Keller/David Neuhold (Ed.), *Charting Spiritual Care. The Emerging Role of Chaplaincy Records in Global Health Care*, New York 2020, 129–144, 141. Wichtig für diesen Artikel waren, neben der in den Anmerkungen zitierten Literatur, u. a. folgende Aufsätze: Rob A. Ruff, Leaving Footprints, the Practice and Benefits of Hospital Chaplains Documenting Pastoral Care Activity in Patients «Medical Records», in: *Journal of Pastoral Care* 50/4 (1996) 383–391; Georges Handzo u. a., What do chaplains really do? II. Interventions in the New York Chaplaincy Study, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 14/1 (2008) 39–56; Kevin Massey u. a., What do I do? Developing a taxonomy of chaplaincy activities and interventions for spiritual care in intensive care unit palliative care, in: *BMC Palliative Care* 2015, doi: 10.1186/s12904-015-0008-0; Vivian Stang, An e-Chart Review of Chaplains' Interventions and Outcomes: A Quality Improvement and Documentation Practice Enhancement Project, in: *Journal of Pastoral Care & Counseling* 71/3 (2017) 183–191; David B. McCurdy, Chaplains, Confidentiality and the Chart, Chaplaincy today, in: *e-Journal of the Association of Professional of Professional Chaplains* 28/2 (2012); Wendy Cadge, *Paging God: Religion in the Halls of Medicine*, Chicago 2013.

³ Brent Peery, Chaplaincy Documentation in a Large U. S. Health System, in: Simon Peng-Keller/David Neuhold (Ed.), *Charting Spiritual Care. The Emerging Role of Chaplaincy Records in Global Health Care*, New York 2020, 21–52, 25.

Betreuung des Patienten relevant sind.»⁴ Die Dokumentation soll also den Gesundheitsfachleuten die für die Ziele der Patientinnen und Patienten relevanten Beiträge der seelsorglichen Begleitung aufzeigen und damit die ganzheitliche Unterstützung fördern.

Dazu müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein: Die Inhalte der seelsorglichen Dokumentation müssen für die Situation der Patientinnen und Patienten im Spital relevant sein, sie müssen in einer für andere Berufsgruppen verständlichen Sprache verfasst sein, sie müssen für den Behandlungsprozess einen Mehrwert bieten gegenüber den Informationen, die von den anderen Berufsgruppen eingespeist werden. Mit diesen Voraussetzungen sind zugleich Fragen verbunden: Welche Sprache bringt die spirituelle Dimension sachgemäss zum Ausdruck, welche formalen Aspekte sind zu beachten, damit die Informationen überhaupt gelesen werden, welche konzeptionellen, professionellen und institutionellen Grundlagen müssen gegeben sein, damit die Seelsorgenden in der Lage sind, für das Behandlungsteam hilfreiche Einträge zu verfassen?

Um auf die Frage, was eine gute Dokumentation ausmacht, praxisrelevante Antworten zu finden, wird in diesem Artikel von einer konkreten Dokumentation ausgegangen. Daraufhin wird der Frage nachgegangen, welchen Kriterien seelsorgliche Dokumentation genügen muss, um den Anspruch eines Beitrags für die «best care» der Patientinnen und Patienten einlösen zu können. Dafür werden die sprachlichen, formalen, strukturellen und konzeptionellen Grundlagen und Kriterien entwickelt, die für eine gute Dokumentation erforderlich sind.

Eine Patientin, im Artikel Wendy genannt, wird in einem grossen Spital in den USA über mehrere Tage hinweg von Seelsorgerinnen und Seelsorgern begleitet, wobei diese ihre Tätigkeiten dokumentieren. Ihnen stehen für ihre Dokumentation einerseits sogenannte Checkboxes (Formularfelder)⁵ zur Verfügung, in welche sie ihre Informationen über Ankreuzen vorgefasster Inhalte eintragen. Andererseits verfassen sie nach jedem Kontakt in einem Textfeld einen freien Text zur aktuellen Begleitung. Wie in diesem Spital hat sich

⁴ Association of Professional Chaplains (2015), Standards of Practice for Professional Chaplains: «The chaplain enters information into the patient's medical record that is relevant to the patient's medical, psycho-social, and spiritual/religious goals of care.»

⁵ Vgl. Pascal Möсли/David Neuhold/Livia Wey-Meier, Ankreuzen oder erzählen? Ein Plädoyer für Checkboxes in der klinischen Seelsorgedokumentation, in diesem Band, 125–147, 128: «Standardisiert sind in einem elektronischen System Checkboxes, die nur angeklickt werden können. Freie Textfelder dagegen können mit beliebigem Text gefüllt werden.»

auch in vielen anderen amerikanischen Spitälern die Praxis etabliert, die Begleitung sowohl durch Formularfelder wie auch in einem freien Textfeld zu dokumentieren.⁶ Während in den Formularfeldern standardisierte Informationen erfasst werden, die auch statistisch auswertbar sind, bieten Textfelder die Möglichkeit, ohne vorgegebene Struktur Informationen einzuspeisen. Während in den Formularfeldern möglichst alles erfasst wird, was in der Begegnung auftaucht, besteht bei den freien Texteinträgen die Möglichkeit (und Notwendigkeit), fokussiert das zu beschreiben, was aus Sicht der Seelsorgefachperson in der aktuellen Situation besonders wichtig ist. In diesem Aufsatz sind diese freien Einträge Gegenstand der Untersuchung.

1 Die Dokumentation

Die nun folgenden Einträge wurden in einem Zeitraum von 18 Tagen verfasst, in welchem die Patientin seelsorglich begleitet wurde. Die Patientin war über 70 Jahre alt, sie wurde nach einem Autounfall mit verschiedenen Frakturen hospitalisiert. Es waren mehrere Seelsorgefachpersonen involviert.⁷ Die Namen aller Personen wurden geändert, die genannten zeitlichen Daten wurden entfernt.

Eintrag 1

Ich traf mich mit dem Bruder der Patientin, Lucas, der mir von seiner ihm sehr nahen Schwester Wendy erzählte. Er beschrieb ihre Abenteuerlust, ihren starken Willen, ihren Hintergrund als Lehrerin, die in der Lage war, «die Löwen zu zähmen» und die Interessen und Aufmerksamkeit der Schüler zu befriedigen. Lucas erzählt, dass sich Wendy sicher und gut versorgt fühlt, dass das Behandlungsteam «das Beste vom Schlechtesten» ist (schwierige Situation und wunderbares Team), Lucas ist der Überzeugung, dass Wendy nicht mit körperlichen Einschränkungen leben will, weil sie so aktiv und leidenschaftlich Bootsfahrten unternimmt. Ich werde Wendy wieder aufsuchen und ihre Bedürfnisse erkunden.

Eintrag 2

Seelsorgerin Susanne erhielt die Anfrage von einer Pflegefachperson. Wegen meines vorherigen Kontakts mit Lucas, dem Bruder der Patientin, begleitete ich Susanne, um auf die Anfrage zu antworten. Lucas war dankbar, dass wir mit seiner Schwester beten und ihr spirituelle Unterstützung anbieten konnten. Lucas konnte von Susanne unterstützt werden,

⁶ So Katie Pakos Rimer u. a., Exploring Best Practices in Documentation: The Case of Palliative Care, 2018 (Handout eines Vortrages).

⁷ Ich möchte mich an dieser Stelle sehr herzlich beim Seelsorgeteam und seiner Leitung bedanken, die mir sehr grosszügig Einblick gegeben haben in ihre Dokumentationspraxis und mir die Dokumentation der seelsorglichen Begleitung von Wendy zur Verfügung gestellt haben.

indem er seine Trauer ausdrückte, während ich Wendy bei ihrer Schmerzbehandlung und der Akzeptanz einer neuen Normalität unterstützen konnte. Wendy war wachsam und empfänglich für den Besuch, dankbar für das Gebet und äusserte, wie wichtig das Gebet für sie war. Lucas bat das spirituelle Betreuungsteam, Wendy weiterhin zu unterstützen, und Wendy selbst äusserte den Wunsch nach kontinuierlicher spiritueller Unterstützung und Gebet.

Eintrag 3

Follow-up-Besuch für den Bruder der Patientin. Lucas bittet die Seelsorge, so oft wie möglich zu kommen. Wendy reagiert auf den vorherigen Besuch. Sie war wacher, engagierter und reagierte auf die spirituelle Unterstützung. Sie drückte ihre Wertschätzung für das Gebet aus, sie führte aus, dass es schwierig ist, klar zu denken, und sie erwähnte, dass das Gebet eine wertvolle Ressource für sie ist. Sie wurde in ein anderes Zimmer verlegt und freut sich darauf, «stärker und freundlicher zu werden». Ich werde sie weiter besuchen und mit Gebet unterstützen.

Eintrag 4

Patientin war nicht in der Lage, aktiv an Gesprächen teilzunehmen. Sie beschwerte sich über Schmerzen und wiederholte häufig: «Oh Gott, ich kann nicht atmen.» Sie war aufmerksam, als das «Unser Vater» gesprochen wurde, und sie schloss sich an, indem sie «Amen» sagte. Hauptsorge der Patientin war, dass sie Angst hat: «Ich habe Angst». Auf die Frage, wovor sie Angst hat, konnte sie keine Antwort geben. Der Bruder pendelt jeden zweiten Tag von seinem Wohnort ins Spital, um seine Schwester für ein paar Stunden zu sehen. Er bittet um weitere spirituelle Unterstützung, wenn möglich tägliche Besuche. Habe den Bruder emotional unterstützt. Der Bruder war bei früheren Besuchen gut mit der Seelsorgerin Laura verbunden.

Eintrag 5

Seelsorgerin Kirsten liess mich wissen, dass sie gestern bei Wendy und Lucas zu Besuch war. Ich kam, um mit Wendy auf Lucas' Bitte hin zu beten, «sie jeden Tag zu sehen» und wegen Wendys Hinweis, dass «das Gebet immer hilfreich ist». Sie liess mich wissen, dass sie ziemlich viele Schmerzen in den Beinen hatte, die heute sehr schwer auszuhalten waren. Wir beteten um anhaltende Unterstützung und Fürsorge, Kraft und Heilung von Gott und um die Linderung von Wendys Schmerz. Ich werde wiederkommen, um zu beten und bei Bedarf auch Lucas zu unterstützen.

Eintrag 6

Patientin Wendy ist schwerhörig und sie bat die Seelsorgerin Lucy, laut zu sprechen. Sie teilte ihr mit, dass sie starke Schmerzen hatte, und begrüsst eine Meditation zur Schmerzbehandlung. Die Seelsorgerin las aus der Schrift und Poesie nach ihrem Wunsch. Patientin bedankte sich sehr für den Besuch und begrüsst die laufenden Besuche. Seelsorgerin wird sicherstellen, dass die für die Abteilung zuständige Seelsorgerin von dieser Anfrage Kenntnis hat.

Eintrag 7

Wendy ist wieder auf der Intensivstation und war müde und zu schwach, um zu sprechen. Wir kommunizierten durch Nicken und Augenkontakt. Ich sprach ein kurzes Gebet und wir verweilten für einen Moment in Stille. Wegen ihrer grossen Augen und ihres suchenden Blicks, als ich den Raum betrat, und ihrer weichen Wirkung nach dem Gebet, konnte ich sagen, dass sie den Besuch und den Blickkontakt zu schätzen wusste, den ich ihr bieten konnte.

Eintrag 8

Ich traf mich mit Lucas im Flur auf dem Weg zu Wendy. Er drückte aus, dass er auf meinen Besuch gewartet habe. Ich hatte mich jeden Tag bemüht, Wendy zu treffen, aber sie hatte geschlafen oder wurde vom Team betreut. Heute konnten wir zusammen in Kontakt kommen und Wendy drückte ihr Unbehagen aus. Sie war wachsam und konnte mit Lucas und mir sprechen, aber auch mit sichtbaren Schmerzen. Wir beteten zusammen und ich liess Wendy wissen, dass ich morgen wieder zurückkehren würde, um zu beten, und dass ich froh war, zu sehen, dass der Schlauch von ihrer Nase entfernt worden war. Sie hatte zuvor geäussert, dass dies ein Ziel von ihr sei.

Eintrag 9

Ich habe Wendy heute für unser tägliches Gebet getroffen. Sie war frustriert. Sie teilt mit, dass sie das Gefühl hat, «auf einem anderen Planeten» zu sein als ihre Pflegefachfrau. Wendys grösste Bitte für heute ist es, eine Kinderlaufflernhilfe zu benutzen, um mit Physiotherapie zu arbeiten und auf die Toilette zu gehen. Wir beteten zusammen. Ich traf mich mit der Pflegefachfrau Meredith, um die Ziele von Wendy für den Tag zu besprechen und zu kommunizieren, was für Wendy am wichtigsten ist. Ich werde mit Wendy zusammenarbeiten, um ihre Ziele zu überprüfen und das Gebet fortzusetzen.

Eintrag 10

Ich besuchte die Patientin im Rahmen der routinemässigen spirituellen Betreuung vor der Operation. Wendy war während meines Besuchs leicht verwirrt. Sie hatte nicht den Eindruck, dass eine Operation bevorstand. Sie gab an, dass ihr Team ihr von der Operation erzählt hat, aber dass sie «nie zugestimmt hab». Ich habe eine Krankenschwester auf der Abteilung nach unserem Besuch darüber informiert.

Wendy bat um ein christliches Gebet. Sie bat uns, für ihre Fähigkeit zu beten, wieder die Dinge zu tun, die sie liebt, und für ihren Sittich, den sie liebt und den sie «Wundervogel» nennt. Wundervogel wird derzeit von ihrem Bruder betreut, aber Wendy hat einige Zweifel an der Pflege ihres Bruders für ihren Vogel, was einige Ängste verursacht. Wendy bedankte sich für das Gebet und begrüsst die Seelsorge, die jederzeit vorbeikommen könne.

Eintrag 11

Ich bin heute gekommen, um mit Wendy zu beten. Sie sah fern und schien weniger Energie zu haben als bei früheren Besuchen. Wir beteten für ihre Heilung und sie kommentierte, dass sie «erhebende Gedanken» brauche und nicht «an etwas Ernstes denken» wolle, weil es sie an einen dunklen Ort bringen würde, und sie wolle «nichts» in ihrem Geist haben. Nach unserem Besuch traf ich mich mit ihrem Palliativteam in der Halle. Sie trafen sich zum

ersten Mal mit ihr und wir konnten Wendys Anliegen besprechen. Ich werde morgen für weiteres Gebet und geistliche Unterstützung wiederkommen.

Eintrag 12

Ich erhielt eine Nachricht der Seelsorgerin Susanne, in der sie mich wissen liess, dass Wendy einen schwierigen Tag mit Schmerzen hatte und einen Besuch wünscht. Ich kam in ihr Zimmer und hörte, dass sie ziemlich grosse Schmerzen hatte. Zuerst lehnte sie einen Besuch ab, durch die Ermutigung ihrer Pflegefachperson war sie offen für Gespräche. Sie erzählte mir von den starken Schmerzen, schrie oft um Hilfe und sagte immer wieder: «schrecklich». Ich fragte, ob sie ein Gebet wünsche, und sie sagte: «Ich könnte alle Gebete gebrauchen, die ich bekommen kann.» Gemeinsam beteten wir für Stärke, Frieden und Gesundheit. Als ich ging, traf ich mich mit ihrem Bruder Lucas im Familienzimmer. Er liess mich wissen, dass er seit 7.30 Uhr dort war. Ich dachte laut darüber nach, wie unterstützend er für seine Schwester ist und er sagte liebevoll: «Ist mein Job». Er versicherte mir, dass Wendy eine Kämpferin ist und «es überstehen kann». Gemeinsam sprachen wir darüber, dass das Gebet die hilfreichste positive Kraft in Wendys Leben ist. Ich liess Lucas und Wendy wissen, dass ich wiederkommen würde, um das Gebet fortzusetzen.

2 Die Inhalte

Aufgabe der Seelsorge sei es, «Geschichten zu tragen (to bear stories)», wie es Anne Vandenhoeck formuliert.⁸ Mit den «stories» meint sie die persönlichen Geschichten, die jemand ins Spital mitbringt, die er in seinem Leben erlebt, erlitten und mitgestaltet hat, die Geschichten, die wesentlich waren und sind in seinem Leben. Neben diesen «mitgebrachten» Lebensgeschichten kommen im Spital die Geschichten dazu, die die betroffene Person mit ihrer Krankheit erfährt, die sie in der Institution erlebt, mit den Gesundheitsfachleuten und den Menschen, die sie begleiten.

2.1 Wer die Patientin «auch noch ist»

Eine der zentralen Aufgaben der Seelsorge formulierte Raymond de Vries folgendermassen: «Während medizinische Fachpersonen sich auf den Gesundheitszustand des Patienten konzentrieren, versuchen die Seelsorger, die ganze Person zu lesen, indem sie Fragen dazu stellen, wie das Leben der Menschen ausserhalb des Krankenhauses aussieht, was ihnen am meisten am Herzen liegt und wo sie in der Welt Freude und Unterstützung finden.»⁹ Lichter geht in dieselbe Richtung: «Eine der Kernkompetenzen des Seelsorgers ist es, die

⁸ Vandenhoeck, The Spiritual Care Giver.

⁹ Raymond de Vries u. a., Lost in Translation: The Chaplain's Role in Health Care, in: Hastings Center Report 38/6 (2008) 23–27, 23.

«Seele» des Patienten in Worte zu fassen und so einzigartiges und bedeutsames Wissen in die interprofessionelle Zusammenarbeit einzubringen.»¹⁰ De Vries u. a. fassen daraufhin die Aufgabe der Seelsorge im klinischen Kontext so zusammen: «Seelsorger bieten eine unterstützende Präsenz an, die dazu dient, Patienten und Fachpersonen daran zu erinnern, dass Menschen mehr sind als nur ihr medizinischer Zustand oder ihre aktuellen Sorgen.»¹¹

Die Dokumentation dient dazu, diese ganzheitliche Wahrnehmung der Patientin zu fördern. Dazu finden sich in den Einträgen zunächst einige objektive Daten zu Wendy: Sie hat einen Bruder, sie ist Lehrerin, sie übernimmt oft Bootsfahrten und das Gebet ist für sie eine wertvolle Ressource. Darüber hinaus wird sie von ihrem Bruder als abenteuerlustige Frau mit einem starken Willen beschrieben, als Lehrerin mit pädagogischem Eros, als leidenschaftliche Bootsfahrerin.

Der erste Eintrag fasst auf kurzem Raum sehr prägnant Aspekte ihrer Persönlichkeit zusammen und löst die von De Vries u. a. und Lichter formulierte Aufforderung an die Seelsorge vorzüglich ein. In wenigen Sätzen entsteht das Bild einer Frau, die geradezu im Kontrast zu ihrer Abhängigkeit im Spital gezeichnet wird. Eine Frau, die selber aktiv ist, die einen ausgeprägten Willen besitzt, die Löwen zu zähmen in der Lage ist, also mit ausserordentlichen Kräften umgehen kann. Diese Informationen des Bruders wären noch besonders bedeutsam für den Fall, in dem sich die Patientin nicht mehr selbst äussern könnte. Zugleich ist die «Quellenlage» hier gut zu bedenken: Es sind Informationen des Bruders über seine Schwester und nicht Beschreibungen von ihr selbst. Das Verhältnis der Patientin zu ihrem Bruder ist in den Einträgen selbst ein zentrales Thema. Der Bruder ist oft da, er schildert seine Schwester sehr wertschätzend und sorgt sich aktiv um sie. Er orchestriert die seelsorgliche Begleitung weitgehend. Von einem sozialen Netz ist, abgesehen von ihrem Bruder, in den Einträgen nicht die Rede. Nur ein weiteres Lebewesen wird erwähnt: «Wundervogel», ein Wellensittich, der ihr sehr wichtig zu sein scheint.

2.2 Der Prozess im Spital und die Frage, was sie selbst will

Neben den Angaben über das Leben, von dem sie herkommt, erfahren wir in den Einträgen einiges über Wendys Situation im Spital, über die Geschichten,

¹⁰ David Lichter, How do we measure quality in charting?, in: National Association of Catholic Chaplains, Vision 25/4 (2015) 3–54.

¹¹ De Vries u. a., Lost in Translation, 23.

die sie hier erlebt, den Prozess, den sie durch ihre Versehrtheit durchläuft, wobei auf die spirituelle Dimension ein wesentlicher Fokus gelegt wird.

In den Einträgen wird deutlich, dass sich während ihres Spitalaufenthaltes nicht nur die räumliche Umgebung ändert – indem sie in verschiedene Zimmer verlegt wird und sich immer wieder auf der Intensivstation wiederfindet – sondern auch ihr subjektives Gefühl der Sicherheit und der Geborgenheit durch das Behandlungsteam. Während das Behandlungsteam gemäss der Aussage ihres Bruders zu Beginn das «Beste vom Schlechtesten» ist und sie sich sicher und gut versorgt zu fühlen scheint, äussert sie später das Gefühl, sich «auf einem anderen Planeten» zu befinden als ihre Pflegefachperson.

Ihr gesundheitlicher Prozess ist von vielen Schwierigkeiten geprägt. Körperlich berichtet sie immer wieder über teilweise heftige Schmerzen (Einträge 2, 4, 5, 6, 8, 12), u. a. in ihren Beinen (Eintrag 5); einmal scheinen die Schmerzen kaum aushaltbar zu sein: «sie wiederholt oft (Oh Gott, ich kann nicht atmen» (Eintrag 4). Auf der kognitiven Ebene drückt sie aus, dass es schwierig ist (Eintrag 3), klar zu denken und sie sich manchmal nicht aktiv an Gesprächen beteiligen (Eintrag 4) kann. Emotional freut sie sich darauf, «stärker und freundlicher zu werden» (Eintrag 3), was bedeutet, dass sie sich aktuell offensichtlich nicht so fühlt und sie äussert manchmal eine diffuse Angst, einmal sogar als ihre Hauptsorge, eine Angst, die sie nicht erklären kann (Eintrag 4).

In fast allen Einträgen wird die Bedeutung des Gebetes betont. So ist Wendy immer wieder dankbar für das Gebet und «äusserte, wie wichtig das Gebet für sie war» (Eintrag 2), sie drückt ihre Wertschätzung für das Gebet aus und erwähnt, «dass das Gebet eine wertvolle Ressource für sie ist» (Eintrag 3) und meint, gepeinigt von starken Schmerzen, dass sie alle Gebete gebrauchen könne, die sie bekommen kann (Eintrag 12).

In einigen Einträgen werden Willensbekundungen von Wendy festgehalten. Neben dem erwähnten Wunsch nach Gebet bringt sie immer wieder ihr Bedürfnis zum Ausdruck, von der Seelsorge begleitet zu werden. Aber auch körperliche Anliegen kommen zur Sprache. So hält die Seelsorgerin den Wunsch von Wendy fest, dass der Schlauch aus ihrer Nase entfernt wird (Eintrag 8) und später, dass sie eine Kinderlauflernhilfe benutzen möchte, um mit Physiotherapie arbeiten und selbstständig auf die Toilette gehen zu können (Eintrag 9).

Neben den Wünschen für die Gegenwart gibt es auch einen wichtigen Hinweis für ihre künftige Behandlung für den Fall, dass sie sich nicht mehr äussern kann. So bringt ihr Bruder Lucas die Überzeugung zum Ausdruck, dass Wendy nicht mit körperlichen Einschränkungen leben will, weil es für

sie essenziell zu sein scheint, weiterhin Bootsfahrten unternehmen zu können (Eintrag 1).

2.3 Die Handlungen der Seelsorge und deren Wirkung

Schliesslich entnehmen wir den Einträgen, wie die Seelsorgefachpersonen mit der Patientin, deren Bruder und den Gesundheitsfachleuten interagieren, wie sie vorgehen und welche Wirkungen sich aus ihren Begegnungen und ihren Handlungen ergeben.

Mehrmals wird festgehalten, dass eine Seelsorgefachperson Wendys Bruder «trifft», mit ihm «spricht» (Eintrag 1) und ihn «unterstützt» (Eintrag 2). Inhaltlich geht es um die Organisation der Unterstützung seiner Schwester, insbesondere die spirituelle Unterstützung, aber auch der Bruder selbst mit seinem Prozess ist im Fokus der Seelsorge, etwa, indem die Seelsorgerin sein Dasein für seine Schwester als wichtig und unterstützend anerkennt (Eintrag 12). Die beschriebenen Wirkungen zeigen sich darin, dass er seine Trauer ausdrücken kann (Eintrag 2) und sich unterstützt fühlt (Eintrag 4). Es wird allerdings nicht klar, worin *genau* diese Wirkungen bestehen.

Bei Wendy selbst kommt regelmässig eine Seelsorgefachperson vorbei, es ist von der Absicht von täglichen Kontakten die Rede (was allerdings in dieser Intensität nicht eingehalten wird). Es finden Gebete statt, Meditationen mit Schriftlesung und Poesie, Gespräche und manchmal geht es für die Seelsorgefachpersonen «nur» darum, präsent zu sein (wenn Wendy zu müde ist, um zu sprechen) bzw. nonverbal sich zu verständigen durch Nicken und Augenkontakt. Themen der seelsorglichen Unterstützung sind Wendys Schmerzen und Angst, ihre Situation im Spital und ihre Wünsche und Anliegen im Blick auf das Behandlungsteam (Einträge 8 und 9). Die zentrale und oft wiederkehrende Intervention ist das Gebet. In einigen Einträgen wird es inhaltlich nicht ausgeführt, in anderen werden einige Themen genannt, um die es dabei geht.¹²

Welche Wirkung¹³ haben die seelsorglichen Interventionen bei Wendy? Es wird festgehalten, dass sie sich bei ihrer Schmerzbehandlung und der Akzeptanz einer neuen Normalität unterstützt fühlt und sich nach der Meditation

¹² Themen sind: Unterstützung und Fürsorge, Kraft, Linderung von Schmerzen, die Fähigkeit, wieder geliebte Dinge tun zu können, Heilung (durch Gott), Stärke, Frieden und Gesundheit.

¹³ Zu den Wirkungen oder «outcomes» der seelsorglichen Begleitung vgl. als Grundlage für die amerikanische Diskussion: Larry Vandecreek/Arthur M. Lucas, *The Discipline for Pastoral Care Giving: Foundations for Outcome Oriented Chaplaincy*, New York 2001.

zum Schmerz bedankt. Besonders aufschlussreich für die Untersuchung der Wirkung der seelsorglichen Interventionen sind die Einträge 3, 4 und 7:

Im Eintrag 3 ist die Wirkung an der Rückmeldung der Patientin abzulesen: sie erwähnte, dass das Gebet eine wertvolle Ressource für sie ist. Die Beschreibung der Wirkung ist allerdings noch unspezifisch, wir erfahren nicht, worin genau die Wirkung besteht bzw. inwiefern das Gebet für sie als Ressource wirkt.

Im Eintrag 4 wird die Wirkung des Gebets an einer Rückmeldung der Patientin abgelesen, welche Teil des Gebetes selbst ist, indem sie sich durch das «Amen» am Ende des Gebetes selbst als Mitbetende identifiziert. Darüber hinaus beschreibt die Seelsorgerin sie während des Vollzugs des Gebetes als aufmerksam, was eine Veränderung im Bewusstsein der Patientin benennt. Weil sich daran keine phänomenologische Beschreibung anschliesst, bleibt allerdings unklar, worauf sich die Deutung abstützt.

Am interessantesten für die Frage, wie sich die Wirkung einer seelsorglichen Intervention beschreiben lässt, ist der Eintrag 7.¹⁴ Hier wird die Wirkung aufgrund einer beobachteten Veränderung beschrieben, die auf die seelsorgliche Intervention folgt. Die Augen der Patientin verändern sich, einerseits ihre Grösse und andererseits ihre Blickrichtung. Das Gebet erzeugt eine «weichere Wirkung» ihrer Augen. Auch hier wäre es möglich, noch genauer zu beschreiben, woran sich diese Wirkung konkret beschreiben liess. Und doch gibt es aus dieser Beschreibung für die anderen Mitglieder des Behandlungsteams konkrete Anhaltspunkte für ihre aktuelle Situation, die Wirkung des Gebetes als Ressource der Unterstützung und für die Gestaltung der Kommunikation.

Die Wirkung der seelsorglichen Interventionen zu beschreiben, dient einerseits dazu, dem Behandlungsteam konkret mitteilen zu können, wie die seelsorglichen Interventionen sich auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Patientin auswirken. Sie sind aber auch eine Möglichkeit für die Seelsorge, die Wirkung ihrer Tätigkeit kritisch zu überprüfen. Montonye und Calderone fanden heraus, dass die Aufzeichnung des Feedbacks der hospitalisierten Patienten durch die Seelsorger eher eine Beschreibung der Seelsorger selbst als eine Information aus der Patientenperspektive beinhalte. Die Daten, die von

¹⁴ Im Original: «We communicated through nods and her eye contact. I said a short prayer and we stayed in silence for a moment. Because of her wide eyes and searching gaze when I entered the room, and her more soft affect after the prayer, I could tell she appreciate the visit and eye contact I was able to offer her.»

den Seelsorgern geliefert werden, können einer Verzerrung der Selbstberichterstattung unterliegen, und die Seelsorger neigen möglicherweise dazu, über positiv wahrgenommene Erfahrungen über Massen zu berichten.¹⁵ Die sorgfältige Überprüfung und Beschreibung der Wirkung seelsorglicher Interventionen trägt dazu bei, eine realistische und der Diskussion zugängliche Einschätzung ihres Handelns vorzulegen.

Zum Schluss dieses Kapitels zu den Inhalten seelsorglicher Dokumentation möchte ich noch eine spannende Untersuchung von Lee und ihrem Forschungsteam ins Spiel bringen. Es untersuchte während sechs Monaten die Dokumentation seelsorglicher Begleitung in freien Textfeldern in der Notfallklinik eines grossen Spitals im Südosten der Vereinigten Staaten. Dabei kodierte es jeden Texteintrag und analysierte ihn durch einen iterativen Prozess der qualitativen Textanalyse auf aufkommende Themen hin. Dabei fanden sie, dass Seelsorger häufig eine Codesprache verwenden, wie z. B. «Ausdrucksformen der Klage erleichtern» oder «mitfühlende Präsenz», um Interventionen zu beschreiben, die bereits in den Checkboxes enthalten sind. Zweitens konzentrierten sich die Einträge der Seelsorger stark auf die Beschreibung der Umgebung, z. B. wer im Zimmer des Patienten anwesend war. Nur wenige Einträge enthielten Informationen über den Patienten oder seine Familie, die den Mitgliedern des Gesundheitsteams sonst nicht zugänglich waren. Insbesondere beschrieben nur wenige Einträge die Geschichte des Patienten oder irgendwelche spirituellen Dimensionen in den Erfahrungen des Patienten.¹⁶ Das sind sehr wichtige Erkenntnisse, die darauf aufmerksam machen, wie zentral es ist, eine klare Vorstellung darüber zu haben, wie der textliche Freiraum in den «free notes» genutzt werden soll und damit natürlich, mit welchem Verständnis und welchen Zielsetzungen die Seelsorge Patientinnen und Patienten begleitet.

Es braucht ein Konzept darüber, wie der Freiraum bespielt werden soll, ein Konzept, welches sich an den Zielen der Dokumentation, wie wir sie weiter oben beschrieben haben, orientiert und Leitlinien vorgibt, wie die Einträge demzufolge ausgestaltet werden sollen. Wo kein Konzept vorliegt, wird der Dokumentations-Freiraum zur Spielwiese der Beliebigkeit, der unbewussten, unreflektierten Vorannahmen und damit einer professionell unbegründeten Vorgehensweise. Fehlt ein konzises, professionelles Konzept, kann sich die

¹⁵ Martin Montonye/Steve Calderone, Pastoral interventions and the influence of self-reporting: A preliminary analysis, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 16 (2010) 65–73.

¹⁶ Brittany M. Lee u. a., Documenting presence: A descriptive study of chaplain notes in the intensive care unit, in: *Palliative and Supportive Care* 15/2 (2017) 190–196.

Seelsorge auch nicht im interprofessionellen Miteinander verständlich und wirkungsvoll einbringen. Um diese Fragen der interprofessionellen Kommunikation durch die Dokumentation und deren konzeptionellen Voraussetzungen geht es in den folgenden Kapiteln.

3 Die Kommunikation

3.1 Zielgruppen der Dokumentation: «A story to be read by others»

Die Dokumentationen werden geschrieben, dass andere sie lesen und ihr etwas entnehmen, das für sie wiederum von Bedeutung ist. Wer ist das Zielpublikum, das die Seelsorgefachpersonen vor Augen haben, wenn sie ihre Einträge verfassen? Auf wen wollen sie mit dem, was sie schreiben, eine Wirkung erzielen?

Zunächst soll eine Leserschaft in den Blick kommen, die bis heute noch gar nicht primär im Fokus der Dokumentationen steht, die aber eine zentrale Bedeutung hat: die Patientinnen und Patienten selbst. Darüber hinaus auch die nächsten Angehörigen, sofern sie von den Patientinnen und Patienten be-rechtigt werden, die Einträge zu lesen.

Im Wissen darum, dass der Patient oder die Patientin das Recht hat, seine bzw. ihre Einträge zu lesen, wurde zunächst eine Qualitätsanforderung für das Verfassen der Einträge abgeleitet: Die Einträge sollen so verfasst werden, als ob der Patient oder die Patientin dem oder der Schreibenden über die Schulter schaut.¹⁷ Es versteht sich von selbst, dass Wertungen über den Patienten genauso zu unterlassen sind wie das Offenbaren von Wissen oder Mutmassungen, die nicht mit der Patientin abgesprochen wurden. Wenn der Patient seine Einträge liest, sollte er dabei nicht überrascht werden, sondern sich in allem wiedererkennen, weil er selber darüber im Bild ist, weil er die dokumentierten Entscheidungen mitträgt und die enthaltenen Informationen für seine Situation im Spital als relevant taxiert.

Kronberg folgert daraus:

«Der Patient ist jetzt eine Schlüsselperson unseres Dokumentationspublikums, und wir müssen uns darauf einstellen. Mit der Betonung der Erfahrung des Patienten und der Betreuung über die Spitalmauern hinaus müssen wir überlegen, was der sofortige Dokumentations-Zugang des Patienten für Spiritual Care bedeutet.»¹⁸

¹⁷ Peery, Chaplaincy Documentation, 24.

¹⁸ Matt Kronberg, How do you chart if the patient is reading your notes?, in: National Association of Catholic Chaplains, Vision 25/4 (2015) 6–7, 6.

Es ist vorstellbar, dass die Einträge künftig als Teil der seelsorglichen Begleitung selbst eine Bedeutung erlangen. Der Patient, der seine Einträge liest, kann wichtige Themen und Erkenntnisse aus dem mit seinem Einverständnis erfolgten Prozess nochmals aufnehmen und vielleicht mit einer neuen Bedeutung versehen. De Vries hält fest: «Übersetzung wird auch als Metamorphose definiert. Seelsorgefachpersonen bieten diese Art von Übersetzung an, wenn sie alleine mit Patienten sind, sich ihre tiefsten Sorgen anhören und ihnen helfen, ihr Leben neu zu verstehen.»¹⁹ Anknüpfend daran kann dieser Prozess der Transformation in den Einträgen fortgesetzt werden, weil er hier nochmals retrospektiv und schriftlich wahrgenommen und damit auch gewürdigt wird – und weil die Patientin mit dem Lesen der Einträge auch ihren Prozess nochmals neu wahrnehmen kann. Dies gilt besonders für die Phasen ihres Prozesses im Spital, da sie beispielsweise sehr müde war oder aus anderen Gründen wenig Erinnerung hat. Die Dokumentation kann dazu dienen, solche Erinnerungslücken zu füllen und ihre Geschichte im Spital für ihr Bewusstsein zu «kompletieren».

Im Blick auf den Patienten und die Patientin sind für die Qualität der Dokumentation folgende Aspekte wesentlich:

- die Dokumentation soll keine Deutungen über den Patienten und seinen Prozess enthalten, es sei denn, sie waren selbst Teil des Prozesses, der gemeinsam mit dem Patienten gestaltet und von ihm bestätigt wurde;
- die Dokumentation muss von Wertschätzung für die Patientin und ihren Prozess geprägt sein;
- die Verfasserinnen bzw. Verfasser der Dokumentation müssen sich immer im Klaren darüber sein, dass die Dokumentation vielleicht nicht nur vom Patienten selbst, sondern auch von seinen Angehörigen gelesen wird.

Die Dokumentationen über die Person und den Prozess von Wendy im Spital sind von hoher Wertschätzung geprägt. Auch dort, wo ihre schwierigen Phasen beschrieben werden, die beispielsweise durch grosse Schmerzen gekennzeichnet sind, wird ihr Weg einfühlsam beschrieben, sind ihre Äusserungen nachvollziehbar in Bezug zur erläuterten Situation.

Kritisch scheint mir einzig Eintrag 10 zu sein. Hier kommt Wendys Vogel «Wundervogel» ins Spiel, den sie offensichtlich vermisst. «Wundervogel wird derzeit von ihrem Bruder betreut, aber Wendy hat einige Zweifel an der Pflege ihres Bruders für ihren Vogel, was einige Ängste verursacht.» Hier kommt

¹⁹ De Vries u. a., *Lost in Translation*, 23f.

eine Ambivalenz von Wendy zu ihrem Bruder ins Spiel, die bisher kein Thema war. Zudem wird der Eintrag mit der Beobachtung eingeleitet, dass Wendy während des Besuchs «leicht verwirrt» gewesen sei. Somit sind auch ihre Äusserungen in diesem Gespräch wohl mit Vorsicht zu interpretieren. Aber unabhängig von ihrem Zustand könnte diese Bemerkung den Bruder, würde er sie später lesen, irritieren. Dies umso mehr, als in den Einträgen berichtet wird, dass er sich in der Zeit ihrer Hospitalisation sehr intensiv um sie kümmert.

Die direkten Kommunikationspartner der Seelsorgefachpersonen sind in den Einträgen allerdings nicht die Patientinnen und Patienten, sondern die Mitglieder des Behandlungsteams. Paul Galchutt schreibt: «Bei der Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und von Konzepten über die Ergebnisse und den Plan ging es vornehmlich darum, zu überlegen, für wen die Dokumentation bereitgestellt wird – für die multidisziplinären Partner. Mit anderen Worten: Dokumentation ist eine Geschichte, die von anderen gelesen werden soll.»²⁰ Und Peery führt aus: «Damit sollen vor allem die interdisziplinäre Kommunikation, die Teamarbeit und die Optimierung der Versorgung gefördert werden. [...] Unsere Dokumentation kann anderen Gesundheitsberufen helfen, die spirituellen, emotionalen und beziehungsbezogenen Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen des Patienten/der Familie zu verstehen und hilfreich zu berücksichtigen.»²¹

Das Patientendossier ist der Transmissionsriemen, mit dem die Kommunikation innerhalb der Fachpersonen der Seelsorge und der anderen Gesundheitsberufe in Gang gehalten wird, auch wenn man sich nicht sieht und sich damit nicht direkt austauschen kann. Diese Kommunikation mithilfe der Einträge ist aber nur dann erfolgreich, wenn sie, wie schon früher betont, tatsächlich zum Wohl der Patientin beiträgt. Thematisch kommen die oben genannten und im Blick auf die Einträge zu Wendy ausgeführten drei Dimensionen ins Spiel:

²⁰ Paul Galchutt, A Palliative Care Specific Spiritual Assessment: How This Story Evolved, in: *Omega*, Bd. 67/1–2 (2013) 79–85, 82.

²¹ Peery, Chaplaincy Documentation, 27. In dieselbe Richtung gehen auch Alexander Taglia u. a., Charting Our Course: Chaplain Documentation as Performance Improvement Project, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 24/4 (2018) 174–184, 176: «Accurate and consistent assessments communicate clear spiritual needs of patients/families to other members of the health care team as well as to other chaplains who share in the care of a particular patient/family.» und de Vries u. a., *Lost in Translation*, 23: «Some chaplains are skilled at translating patient's experiences and sources of meaning in real time, allowing medical teams to better understand the person they are treating.»

a) Solche Informationen sollen Eingang finden, die im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise dazu beitragen, Wendy als Person und nicht nur als Patientin wahrzunehmen;

b) Situation, Prozess und Ziele aus *ihrer* Sicht sollen festgehalten werden, so dass ihre eigene Wahrnehmung in der Behandlung und Begleitung berücksichtigt wird;

c) schliesslich sollen die Handlungen der Seelsorgefachpersonen notiert werden wie auch deren beobachtete Wirkungen, um den anderen Gesundheitsfachleuten die seelsorgliche Dimension der Unterstützung zu beschreiben und aufzuzeigen, wie sie sich auf die Gesundheit und Lebensqualität der Patientin auswirken und welche Anknüpfungspunkte sich für eine interprofessionelle Sicht und Begleitung daraus ergeben.

Neben diesen Inhalten wird in den Einträgen aber auch die Kommunikation selbst zum Thema: die Kommunikation mit der Patientin Wendy ebenso wie die mit ihrem Bruder und die mit den Mitgliedern des Betreuungsteams. Indem Ziele und Abmachungen festgehalten werden, soll die Kontinuität der Begleitung sichergestellt werden.

In den Einträgen finden sich Abmachungen a) mit der Patientin: «ich liess Wendy wissen, dass ich morgen wieder zurückkehren werde» (Eintrag 8) oder b) im Blick auf die Patientin: «Ich werde Wendy wieder aufsuchen und ihre Bedürfnisse erkunden.» (Eintrag 1) «Werde sie weiter besuchen und mit Gebet unterstützen.» (Eintrag 3) «Ich werde mit Wendy zusammenarbeiten, um ihre Ziele zu überprüfen und das Gebet fortzusetzen.» (Eintrag 9) «Ich werde morgen für weiteres Gebet und geistliche Unterstützung wieder kommen.» (Eintrag 11). Es finden sich c) Abmachungen innerhalb des Betreuungsteams: «Ich traf mich mit der Pflegefachperson Meredith, um die Ziele von Wendy für den Tag zu besprechen und zu kommunizieren, was für Wendy am wichtigsten ist.» (Eintrag 9) «Ich traf mich mit ihrem Palliativteam in der Halle. Sie trafen sich zum ersten Mal mit ihr und wir konnten Wendys Anliegen besprechen.» (Eintrag 11).

Dabei können die Einträge auch genutzt werden, um der anderen Berufsgruppe ein Feedback zu deren Tätigkeit aus Sicht der Patientin zu geben. Dies erfolgte im Eintrag 1, «dass das Behandlungsteam «das Beste vom Schlechtesten» ist» und im Eintrag 9, bei der die Aussage von Wendy dokumentiert wird, dass sie das Gefühl habe, «auf einem anderen Planeten» zu sein als ihre Krankenschwester.

Schliesslich wird an einer Stelle die interprofessionelle Zusammenarbeit selbst thematisiert: Durch die Ermutigung der Pflegefachperson öffnet sich

Wendy für ein Gespräch mit der Seelsorgerin, so in Eintrag 12: «... zuerst lehnte sie (Wendy) einen Besuch ab, durch die Ermutigung ihrer Pflegefachperson war sie offen für Gespräche.»

Im Blick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit sind folgende Aspekte für die Qualität der Einträge wesentlich:

- alle Informationen sollen so weitergegeben werden, dass sie für die anderen Fachpersonen zur ganzheitlichen Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen verständlich und hilfreich sind. Dies erfordert eine bestimmte Sprache, Form und Struktur, welche in den nächsten Kapiteln Gegenstand der Erörterung sein werden.
- Abmachungen mit der Patientin müssen klar formuliert sein.
- Standardisiert muss am Schluss des jeweiligen Eintrags festgehalten werden, wie der weitere Prozess der Begleitung – wiederum in Absprache mit dem Patienten – geplant ist.
- die Kommunikation mit dem Behandlungsteam muss ebenfalls klar sein, das Feedback ans Behandlungsteam wertschätzend. Kritische Rückmeldungen von Patientinnen sollen i. d. R. mündlich mitgeteilt werden, weil sie in der schriftlichen Kommunikation Missverständnisse auslösen und die Zusammenarbeit erschweren können.

3.2 Wie müssen Einträge gestaltet sein, damit die Mitteilung ankommt – formale Aspekte

Gute Einträge sind einfache Erzählungen

Überzeugend, weil im interprofessionellen Zusammenspiel hilfreich, sind Einträge dann, wenn sie sprachlich einfach und nüchtern gehalten sind. Wenn sie keine Ausdrücke verwenden, die erklärungsbedürftig sind. Es gibt im klinischen Alltag nicht viel Zeit, um die Einträge der jeweils anderen Gesundheitsfachpersonen zu lesen. Sie müssen sofort verständlich sein. Gute seelsorgliche Einträge haben die Form kleiner Erzählungen. Schon durch diese Form zeigen sie auf, welche Art von Informationen die Seelsorgefachperson einbringt, bei denen es weniger um Fakten als um die persönliche Dimension und Geschichte des Betroffenen geht. Dabei sind die Narrationen kurz, sie enthalten 5 bis maximal 10 Sätze. Lichter betont: «Die Qualität der narrativen Dokumentation wird daran gemessen, ob die Erzählung eine klare und für

beide Seiten verständliche Struktur hat.»²² Die meisten Einträge entsprechen folgendem narrativen Schema: Zu Beginn tritt die Seelsorgerin oder die Patientin in Erscheinung, dann wird die Situation entfaltet, die für die Behandlung aktuell relevant ist und in welcher die Bedürfnisse der Patientin erscheinen, daraufhin wird die Aktivität der Seelsorgerin und ihre Wirkung beschrieben und zum Schluss erfolgt ein Ausblick auf den weiteren Prozess.

Gute Einträge orientieren sich an einer im Gesundheitswesen bekannten Struktur

Die oben skizzierte Struktur der meisten Einträge lässt sich noch näher beschreiben: Sie orientiert sich an der Struktur, die im Gesundheitswesen bekannt ist und die damit für Gesundheitsfachleute rasch Orientierung²³ bietet: Diese Struktur enthält folgende Elemente:

- Angaben zur Seelsorgefachperson und der Patientin,
- Angaben zur Situation, den Bedürfnissen und den Vereinbarungen,
- Angaben zu den Interventionen und Wirkungen,
- Angaben zum weiteren Prozess und den Zuständigkeiten.

Ich werde auf die Struktur bzw. die seelsorgliche Konzeptionalisierung dieser Struktur und die innere Logik ihrer Elemente später noch zurückkommen.

Gute Einträge gründen auf (überprüfbaren) Beobachtungen

Eine weitere Regel besteht darin, sich ohne zu interpretieren an die Fakten zu halten. Es soll nur aufgezeichnet werden, was der Patient getan oder gesagt hat: die Fakten. Beobachtungen und gegebenenfalls Zitate des Patienten bzw. der Patientin dienen dazu, so nah wie möglich am Patienten zu bleiben.²⁴ Gute Einträge beschreiben, was ganz konkret geschehen ist, was gesagt wurde, sie beziehen sich auf das, was sich beobachten liess. Zuschreibungen müssen sich im Eintrag selbst durch Verweis auf ein konkretes, beobachtbares Geschehen oder die Aussagen der betreffenden Person sich belegen lassen.

²² Lichter, How do we measure, 5. So auch D. Glenister, Status of pastoral care: what do the charts say?, in: Australian Journal of Pastoral Care and Health 5/1 (2011) 17–18: «Spiritual Care practitioners need to be oriented and educated in a consistent and agreed methodology which is used by everyone in their department and accepted by the health service.»

²³ Bekannte Strukturen sind etwa die Modelle SOAP: Subjective Observation-Objective Observation-Assessment-Plan, PIE: Problem-Intervention-Evaluation oder NIR: Need-Intervention-Response.

²⁴ Vgl. dazu Vandenhoeck, The Spiritual Care Giver, 140.

Gute Einträge geben die Quellen von Aussagen an

Es sollte einerseits immer ersichtlich sein, von wem eine Information stammt und zugleich soll zwischen wörtlichem Zitat, Nacherzählung, Beschreibung und Deutung unterschieden werden.

In den Einträgen 1 und 2 lassen sich verschiedene Formen, wie Wendy ins Spiel kommt, unterscheiden:

- a) Lucas, der mir von seiner ihm sehr nahen Schwester Wendy erzählte ...
- b) Lucas beschrieb ...
- c) Lucas ist der Überzeugung ..., weil ...
- d) Lucas *bat* das spirituelle ...
- e) Wendy war wachsam und empfänglich für den Besuch ...
- f) Wendy *äusserte, wie wichtig* das Gebet für sie war ...
- g) Wendy selbst *äusserte den Wunsch* nach ...

Wichtig ist insbesondere die Unterscheidung von Beobachtungen und Zitaten des Patienten gegenüber Deutungen des Seelsorgers. Die Sätze b)-g) bieten Informationen, die direkt auf die Patientin oder den Bruder zurückgeführt werden können. Bei der Beschreibung der Nähe der Geschwister in a) bleibt unklar, ob dies der Aussage des Bruders entspricht oder einer Deutung des Seelsorgers. Falls letzteres der Fall wäre, ist nicht klar, worauf diese Deutung beruht. Bei der Beschreibung von Wendys Wachsamkeit und Empfänglichkeit für den Besuch ist ebenfalls unklar, worauf sich diese Beschreibung bezieht. Hat der Seelsorger sie so erlebt, gab es Anzeichen von Wendy, welche diese Beschreibung rechtfertigen? Ein guter Eintrag hinsichtlich der Quellenfrage zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Angaben über die Situation, die Bedürfnisse und den Prozess der Patienten tatsächlich auf seine Aussagen abstützen und nicht einfach einer Hypothese oder einem Wunsch des Seelsorgers entsprechen. Zitate sind wichtig, weil sich in ihnen die betroffene Person selbst «zu Wort» meldet. Die Patientin freut sich darauf «stärker und freundlicher zu werden» (Eintrag 3), sie wiederholte häufig «oh Gott, ich kann nicht atmen» (Eintrag 4).

Gute Einträge sind in einer Haltung der Wertschätzung gegenüber allen Beteiligten abgefasst

Die wertschätzende Haltung wurde bereits mehrfach erwähnt, sie ist die Atmosphäre, in der jeder einzelne Eintrag verfasst werden sollte. Sie bildet die Haltung, die sicherstellt, dass die Patientin nicht zu einem Objekt der Betreu-

ung wird, sondern ihre Würde gewahrt wird. Auf ihrem Boden kann die interprofessionelle Zusammenarbeit weiterentwickelt werden, weil sie den guten Willen aller Beteiligten voraussetzt und ihr jeweiliges Handlungsparadigma respektiert.

Gute Einträge wahren die Vertraulichkeit des Patienten und der Patientin

In den *Standards of Practice for Professional Chaplains* wird festgehalten: «Der Seelsorger respektiert die Vertraulichkeit aller Informationen, unabhängig davon, ob sie vom Patienten selbst stammen, von seiner Krankenakte, von einem anderen Teammitglied oder einem Familienmitglied. Dies gilt in Übereinstimmung mit gesetzlichen Vorgaben, Vorschriften und Regeln.»²⁵ Innerhalb dieses Rahmens gilt zudem, was Handzo und Wintz betonen: «Dem Behandlungsteam sind nur die für die Betreuung des Patienten relevanten Informationen zu übermitteln.»²⁶ Es geht keinesfalls darum, so viele Informationen wie möglich ins Dokumentationssystem einzuspeisen, sondern nur so viele wie nötig sind für die Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit im Blick auf die Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität des Patienten.

Gute Einträge sind eine Mischung aus gutem Handwerk und Kunst

Wenn man die bisherigen Kriterien zusammennimmt, wird klar, wie anspruchsvoll es ist, qualitativ hochstehende Einträge zu verfassen. Es braucht handwerkliches Geschick im Umgang mit Sprache und formalen Kriterien und es braucht einen Schuss Kreativität, damit die kleine Erzählung bei den Lesenden auch haften bleibt.

Kronberg fasst zusammen, dass «das Dokumentieren insbesondere charakterisiert werden sollte durch:

- Klarheit, Kürze und Professionalität
- Einfühlungsvermögen, Würde und Freundlichkeit
- und dass es wirksam, ermutigend und erzieherisch sein soll.»²⁷

²⁵ Association of Professional Chaplains, *Standards of Practice for Professional Chaplains*, 2015, Standard 6.

²⁶ George Handzo/Sue Wintz, *Documentation and Confidentiality for Chaplains*, 2013, auf www.handzoconsulting.com/blog/2013/9/19/documentation-and-confidentiality-for-chaplains.html (30.03.2020).

²⁷ Kronberg, *How do you chart*, 7.

Dazu kommt: dies alles ist zu leisten unter hohem Zeitdruck. Darum wird auch nicht jeder Eintrag diesem hohen Anspruch gerecht werden. In den Einträgen über die Situation von Wendy gelang es den Fachpersonen der Seelsorge aber immer wieder, dem Anspruch nahe zu kommen, insbesondere im allerersten Eintrag. Hier ist es gelungen, mit wenigen Sätzen anderen Gesundheitsfachleuten zentrale Informationen in einer höchst anschaulichen Sprache und in einer sehr wertschätzenden Haltung zu vermitteln.

3.3 Wo müssen Einträge auftauchen, damit sie überhaupt gelesen werden können

Damit die Einträge gelesen werden, müssen sie dort auftauchen, wo auch die anderen Gesundheitsfachleute dokumentieren und ihrerseits die Dokumentationen der anderen lesen: im elektronischen Dokumentationssystem. «EMRs sind das interdisziplinäre Teamvehikel für Informationen, also muss die Seelsorgefachperson sie hier einbringen.»²⁸ Die Möglichkeit, im elektronischen Dokumentationssystem die Informationen der Seelsorge einzuspeisen, ist Voraussetzung und zugleich Ausdruck der Einbindung der Seelsorge ins interprofessionelle Behandlungsteam. Dass dies vielerorts in den USA der Fall ist, belegten Goldstein und Kollegen: «Die Ergebnisse der Umfrage zeigten, dass Seelsorgefachpersonen in den laut *US News* und *World Reports* am besten bewerteten Krankenhäusern auf das elektronische Patientendossier zugreifen können und Notizen darin machen, ohne dabei zusätzliche Voraussetzungen für die Berechtigung erfüllen zu müssen.»²⁹

Diese Einbindung hat zur Folge, sich einer bestimmten Struktur anzupassen und ein Stück Freiheit abzugeben. Die elektronischen Dokumentationssysteme entstehen im Ringen verschiedener Professionen und ihrer Anliegen und sie sind darum auch Ergebnis eines Aushandlungsprozesses. Entscheidend ist, dass die Seelsorge bei der Entwicklung beteiligt ist und ihre Themen, Begrifflichkeiten und Prozesselemente selbst einbringen kann. Ohne an dieser Stelle weiter auf diesen wichtigen Entwicklungsprozess eingehen zu können, muss auch hier wieder auf die bedeutsame Unterscheidung zwischen den Formularfeldern (Checkboxes) und dem freien Text hingewiesen werden. Während die Formularfelder einem festgelegten Konzept folgen (die Inhalte

²⁸ Lichter, *How do we measure*, 4.

²⁹ H. Rafael Goldstein u. a., *Chaplains and Access to Medical Records*, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 17/3–4 (2011) 162–168, 166.

sind ja vorgegeben) und damit aktuellen Entwicklungen immer wieder hinterherhinken (die Überarbeitung eines Dokumentationssystems ist erfahrungsgemäss ein sehr langwieriger Prozess, gerade weil so viele Akteure an ihr beteiligt sind und sie in ihren Wirkungen sehr komplex ist), ist das freie Textfeld zwar in seiner Verortung innerhalb des Dokumentationssystems festgelegt, aber eben als freies Textfeld inhaltlich und formal offen gestaltbar. Im Gestaltungsfreiraum liegt eine grosse Herausforderung.³⁰ Wenn jede Seelsorgefachperson diesen Freiraum nach eigenem Gutdünken nützt, wenn ihre Einträge beispielsweise zu lange sind oder durchsetzt mit Banalitäten oder unverständlichem Fachjargon, dann wird niemand mehr die Texte lesen, weil sie für die Begleitung als irrelevant taxiert werden. Der Freitext ist ein kleiner Freiraum im weitgehend vorstrukturierten Dokumentationssystem, er muss jedoch darin die Aufmerksamkeit der anderen Gesundheitsfachleute gewinnen! Dies wird dann am besten gelingen, wenn die Einträge die im Abschnitt 2 beschriebenen Inhalte aufnehmen und die im Abschnitt 3 entfalteten formalen Aspekte befolgen, wenn sie konzis sind, neue Informationen und Dimensionen anschaulich vorstellen, mit Zitaten die Patientin auf die Bühne bringen – wenn es durch all dies gelingt, die Lesenden für einen Moment zu fesseln, ein Fenster zu öffnen, aus der rein medizinischen Sichtweise in eine spirituell-religiöse Sichtweise, die etwas eröffnet, und das für das Wohlbefinden der Patientin auch eine wichtige Funktion hat. Im besten Fall sind sie kleine Kunstwerke, die sprachlich etwas von dem zum Ausdruck zu bringen vermögen, worum es für die Patientin jetzt geht.

4 Die Voraussetzungen

4.1 Verständnis der seelsorglichen Aufgabe als Beitrag zur Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten

Wie ein roter Faden zieht sich durch die Einträge die Darstellung des Zusammenhangs der spirituellen Ressourcen von Wendy und ihrem gesundheitlichen Prozess im Spital. Das Gebet erscheint, wie oben gezeigt wurde, als

³⁰ In unserem Artikel (Pascal Möсли/David Neuhold/Livia Wey-Meier, in diesem Band, 125–147) haben wir die Vorzüge der Checkboxes gegenüber den freien Textfeldern herausgestellt, weil die klaren Vorgaben der Checkboxes die inhaltliche und formale Beliebigkeit unterbinden. Gerade deshalb ist es so zentral, dass auch für die freien Textfelder eine klare konzeptionelle Vorstellung besteht, um auch hier eine verlässliche, für die anderen Berufsgruppen vertrauensvolle Kommunikation gestalten zu können.

wichtige Ressource in einer gesundheitlich sehr schwierigen Situation. Im Hintergrund ist ein Verständnis von Spiritualität, das von ihrer interprofessionell kommunizierbaren Wirkung auf die Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten ausgeht. Seelsorgefachpersonen erblicken in ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur gesundheitlichen Unterstützung der Patientinnen und Patienten, der als Teil einer ganzheitlichen Betreuung aufgefasst wird. Lee und Kollegen: «Das Eingehen auf die spirituellen Anliegen eines Patienten wird weithin als zentral für eine ganzheitliche Betreuung angesehen, was durch einen Wechsel vom biopsychosozialen zum biopsychosozial-spirituellen Modell unterstrichen wird.»³¹ Dahinter liegt das Verständnis von Spiritualität als Dimension von Gesundheit, wie es in den USA u. a. in den Grundlagentexten von Christina Puchalski zum Ausdruck gebracht wurde: «Spiritualität ist der Aspekt der Menschlichkeit, der sich auf die Art und Weise bezieht, wie der Einzelne Sinn und Zweck sucht und ausdrückt, und auf die Art und Weise, wie er seine Verbundenheit mit dem Augenblick, mit sich selbst, mit anderen, mit der Natur und mit dem Bedeutsamen oder Heiligen erfährt.»³²

Für die Einträge bedeutet dies, dass weniger auf die detaillierten Inhalte der spirituellen Begleitung eingegangen als auf deren Funktion und Wirkung im Blick auf die Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten fokussiert wird. So werden Themen der Gebete genannt, aber keine detaillierten Inhalte oder Formulierungen, es sind auch nicht die konfessionellen Besonderheiten des Gebetes im Blick, sondern seine Wirkung für die Patientin. Dies ist auch unter dem Blickwinkel der Vertraulichkeit wichtig: Detaillierte Informationen bzgl. einer spirituellen Beheimatung oder der Ansichten und Überzeugungen eines Patienten sollen nur dann mitgeteilt werden, wenn sie für seine Unterstützung durch andere Gesundheitsfachleute relevant sind bzw. wenn aus ihnen hervorgeht, wer die richtige spirituelle Begleitperson ist.

4.2 Verständnis von Seelsorge als Teil der interprofessionellen Zusammenarbeit

«Mehr noch, Anbieterorganisationen verfolgen zunehmend einen Ansatz der Betreuung, der die ganze Person umfasst. Der biopsychosoziale und spirituelle Ansatz

³¹ Lee u. a., Documenting Presence, 190.

³² Christina Puchalski u. a., Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference, in: Journal of Palliative Medicine 12/10 (2009) 885–905, 887.

wird in der medizinischen Literatur unterstützt, unabhängig davon, ob er tief in der philosophischen oder theologischen Vision einer Organisation verwurzelt ist oder ein Produkt einer umsichtigen institutionellen Wahl darstellt. Wenn die institutionelle Politik die Seelsorger als integralen Bestandteil des Betreuungsmodells betrachtet, sind ihre Aktivitäten, einschliesslich des Zugangs zu medizinischen Unterlagen, in der allgemeinen Zustimmung des Patienten zur Krankenhausbehandlung enthalten. Dies ist nicht nur eine Frage der bürokratischen Genehmigung. Eine optimale ganzheitliche Versorgung ist nur möglich, wenn die entsprechenden professionellen Spezialisten in vollem Umfang an der Behandlung mitwirken können.»³³

Aus dem Berücksichtigen der spirituellen Dimension für die Gesundheit der Patienten folgt die Anforderung einerseits für die Gesundheitsfachleute, auch die spirituellen Spezialisten, die Seelsorgefachpersonen in den interprofessionellen Diskurs einzubeziehen und andererseits für die Seelsorgefachpersonen, sich selbst als Teil des interprofessionellen Teams zu verstehen und zu verhalten.³⁴

Dieses interprofessionelle Verständnis der Seelsorge scheint in den USA mittlerweile vorherrschend zu sein.³⁵ Wenn Seelsorgerinnen und Seelsorger Mitglieder des Behandlungsteams sind, werden auch alle Bedingungen und Kriterien, die für die Dokumentation von Gesundheitsfachpersonen eingefordert werden, auf die Dokumentationspraxis der Seelsorgefachpersonen übertragen. Peery schreibt: «Im Hinblick auf diese Aufgabe (nämlich der Dokumentation, Anm. PM) wurden wir wie jeder andere Fachmann im interdisziplinären

³³ David B. McCurdy, Chaplains, Confidentiality and the Chart, in: Chaplaincy today, e-Journal of the Association of Professional Chaplains 28/2 (2012) 20–30, 21.

³⁴ D. W. Donovan, Developing a Spiritual Plan of Care, 2012 (Handout eines Vortrags): «Der Seelsorger ist ein integriertes Mitglied des interdisziplinären Teams und trägt aus spiritueller Sicht zum Gesamtplan der Betreuung der ganzen Person bei. Unsere besondere Expertise liegt in unserer Fähigkeit, einen heiligen Raum zu schaffen, in dem die relevanten Werte und Überzeugungen erforscht und auf die aktuelle Situation/Entscheidungen angewendet werden können.»

³⁵ Goldstein u. a., Chaplains and Access, 163: «The role of the health care chaplain is to serve as a member of the Health Care Team, to provide input and guidance to staff as to the spiritual well-being of patients, and to provide spiritual care to patients and families.» Vgl auch Ruff, Leaving Footprints; Handzo u. a., What do chaplains really do?; Massey u. a., What do I do?, 669; Georges Handzo/Susanne Wintz, National Consensus Project's Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Fourth Edition: Why is This Important to Chaplains?, in: Journal of Health Care Chaplaincy 2019: «It is essential to understand the difference between a clergy person or a leader in a religious community and being a professional Chaplain working as a member of an IDT in a non-religious community setting.»

Gesundheitsteam behandelt» und: «Aus seelsorglicher Sicht erwarten sie, dass unsere Notizen die Geschichte unserer Begleitung erzählen; einschliesslich unserer Beurteilung, Interventionen und Ergebnisse.»³⁶

Allerdings legt die *Joint Commission* nicht fest, was in einem spirituellen Assessment berücksichtigt werden muss. Sie fordert das Assessment ein, ohne dessen Inhalte zu bestimmen. Es ist die Aufgabe der Profession, also der Seelsorgerorganisation, den Inhalt und den Umfang der spirituellen und weiteren Assessments festzulegen.³⁷ Darauf antworten die *APC Standards of Practice for Professional Chaplains*, Standard 3: Documentation of Care. «Der Seelsorger trägt Informationen in das Patientendossier ein, die für die medizinischen, psychosozialen und spirituellen/religiösen Ziele der Betreuung des Patienten relevant sind.»

4.3 Klarheit und Transparenz über seelsorgliche Vorgehensweise

Wiewohl also durch das Gesundheitswesen gegebene Rahmenbedingungen vorliegen und der Fokus auf der interprofessionellen Zusammenarbeit eine für die anderen Professionen verständliche und nutzbringende Dokumentation erforderlich macht, besteht ein grosser Freiraum, wie genau die Seelsorge die Dokumentation gestaltet. Sie kann und sie muss ihr eigenes professionelles Verständnis entwickeln und einbringen.³⁸

Seelsorgefachpersonen zeichnen sich in ihrer Tätigkeit durch eine grosse Offenheit gegenüber den Anliegen und Prozessen der Patientinnen und Patienten aus, sie folgen nicht ihren eigenen Plänen, sondern den Prozessen und Anliegen der Patientinnen und Patienten. Das bedeutet aber natürlich nicht, dass sie kein Konzept haben, wie sie die Begleitung der Patientinnen und Patienten angehen und worum es in der seelsorglichen Begleitung geht:

³⁶ Peery, Chaplaincy Documentation, 26. Grundlegend sind dabei die Documentation Standards der Joint Commission, welche als grösste Akkreditierungsinstitution in den USA wichtige Vorgaben zur Dokumentation macht: Es sind die Standards PC.01.02.01 und 0.3 sowie PC 01.03.01, vor allem aber RC 02.02.01: «The medical record contains information that reflects the patient's care, treatment, and services» der 2011 Joint Commission Standards.

³⁷ Vgl. dazu Rod Accard/Karen Pugliese, Charting in the New EMR Environment. Key Sharing for Holistic Care, NACC 2015 Annual Conference, 2015 (Handout).

³⁸ Gemäss Massey u. a., What do I do?, 669 kann diese Entwicklung in den USA durchaus konstatiert werden: «On the whole, there is a move towards a pastoral care configured as an activity with clear objectives, a comprehensible methodology and shared procedures.»

«Unser Dienst beruht auf einer umfassenden Ausbildung, die uns hilft, emotionale und spirituelle Not zu erkennen und Menschen dabei zu unterstützen, emotional aufgeladene Erfahrungen zu verarbeiten. Unsere Assessments spiegeln einen «Ganzpersonen»-Ansatz wider und erfordern, dass wir mit den zwischenmenschlichen Dynamiken, der Theologie und Theodizee und dem medizinischen Milieu, in dem diese Dynamiken nicht erfasst werden, vertraut sind.»³⁹

Die Basis für ein weitverbreitetes Verständnis in den USA ist das «outcome oriented Modell», das Larry Vancdecreek und Art Lucas entwickelt haben.⁴⁰ Sie nannten ihr Modell «The Discipline for Pastoral Care Giving». Bis dahin lag der Fokus seelsorglicher Tätigkeit und auch der Dokumentation vornehmlich auf dem Assessment, auf dem genauen Verstehen der Situation des Patienten. Vandecreek und Lucas erweiterten diese Vorgehensweise um die Perspektive der intendierten Wirkung der Seelsorge:

«Während sie zuhören, versuchen sie auch zu erkennen, wie das soziale Netz des Patienten, seine Hoffnung, seine Beziehung zu dem, was für ihn im Leben heilig ist und für ihn bedeutsam ist, im Zusammenhang mit der Aufnahme in das Spital funktioniert. Während sie zuhören, beginnen die spirituellen Fachpersonen zu erkennen, wie sie auf der Grundlage deren Bedürfnisse, Hoffnungen und Ressourcen etwas für die Patienten bewirken können. Die Unterschiede, die ihr Besuch macht, sind Ergebnisse der spirituellen Betreuung. Ein wichtiger Aspekt des Modells ist, dass ein gewünschtes Ergebnis geteilt werden muss – es muss mit dem allgemeinen Betreuungsplan übereinstimmen und es muss in erster Linie vom Patienten selbst gewünscht werden.»⁴¹

Ihre Einsichten trugen massgeblich dazu bei, dass in vielen Dokumentationskonzepten in den USA heute 5 Dimensionen, in unterschiedlicher Reihenfolge vorgeschlagen werden: 1) wie kam es zum Patientinnenkontakt, war hat ihn initiiert, 2) Spirituellen Anamnese bzw. des Assessments, 3) Outcome bzw. Wirkung der seelsorglichen Begleitung, 4) Seelsorgliche Interventionen und 5) weiteres Vorgehen.

³⁹ Donovan, *Developing a Spiritual Plan*. Vgl. dazu auch: Galchutt, *A Palliative Care*, 83.

⁴⁰ Vandecreek/Lucas, *The Discipline*.

⁴¹ Vgl. dazu Vandecreek/Lucas, *The Discipline*; Tartaglia u. a., *Charting Our Course*, 175; Peery, *Chaplaincy Documentation*.

4.4 Qualitätssicherung

In dem Spital, in dem Wendy und ihr Bruder betreut wurden, arbeiten verschiedene Seelsorgefachpersonen in einem Team. Dabei ist eine Fachperson für die interne Aus- und Fortbildung zuständig. Wer als neues Teammitglied den internen Ausbildungsprozess durchläuft, wird am zweiten Tag in das elektronische Dokumentationssystem eingeführt. Er bzw. sie dokumentiert von Beginn weg die Begleitungen, die er bzw. sie im Spital durchführt und er bzw. sie wird dabei von einem Supervisor bzw. einer Supervisorin begleitet. Er bzw. sie erhält Feedback und kann so seine bzw. ihre Dokumentation in der Praxis kontinuierlich weiterentwickeln.

Die Arbeit an der Dokumentation begleitet also von Beginn weg die seelsorgliche Praxis am Bett. Die Dokumentation ist kein Anhängsel zur seelsorglichen Tätigkeit, sondern sie muss selbst wie ein Handwerk eingeübt werden. Die verschiedenen Formularfelder müssen kennengelernt und verinnerlicht werden, genauso muss geübt werden, im freien Textfeld die aktuelle Begegnung fokussiert in einer «short story» darzustellen. Diese Einübung geht einher mit der Einübung ins Assessment, der Vorgehensweise bzgl. Klärung der Situation und Anliegen der Patientinnen und Patienten. Je mehr das Assessment selbstverständlicher und integrierter Teil der seelsorglichen Praxis ist, umso einfacher erfolgt danach auch die Dokumentation.

Das Seelsorgeteam löst damit einen Qualitätsanspruch ein, den David Lichter so formuliert hat: «Ob *Spiritual Care* in einer Organisation wirklich integriert ist, lässt sich daran messen, ob eine kontinuierliche Fortbildung zur Qualitätssicherung der Dokumentation angeboten wird.»⁴² Es gibt meines Wissens auch im amerikanischen Kontext noch wenig Literatur zur Frage der Qualitätssicherung von seelsorglicher Dokumentation. Einige Überlegungen hat David Lichter mit seinem Team angestellt und dabei als zentrales Kriterium festgehalten, dass eine hochstehende Qualität der Dokumentation sich insbesondere darin erweist, insofern sie «von Gesundheitsfachleuten durch Feedback als hilfreich bestätigt»⁴³ werde. Wenn die Dokumentation in erster Linie dadurch zum Wohl der Patientinnen und Patienten beiträgt, indem sie die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert, dann muss geprüft werden, ob dieser Anspruch tatsächlich eingelöst wird. Meines Wissens gibt es noch kaum Forschung, die die Wirkung der Dokumentation auf die interprofessionelle Zusammenarbeit untersucht hat. Dies zu tun, gehört zu den

⁴² Lichter, *How do we measure*, 5.

⁴³ Ebd.

zentralen Forschungsaufgaben hinsichtlich der Seelsorgedokumentation der Zukunft.

Zusammenfassung: Bereits in den Anfängen der Seelsorgebewegung des 20. Jahrhunderts wurde in den USA damit begonnen, seelsorgliche Begegnungen zu dokumentieren. Das interprofessionelle Team sollte damit über für den Behandlungsprozess relevante, spirituelle Anliegen und Ressourcen des Patienten oder der Patientin informiert werden, um eine «best care» zu unterstützen. Die Dokumentation ist in den USA mittlerweile zum Standard seelsorglichen, professionellen Handelns erhoben worden. Damit stellt sich die Frage, welchen Kriterien seelsorgliche Dokumentation genügen muss, um den Anspruch eines Beitrags für die «best care» der Patientinnen und Patienten einlösen zu können. Dieser Frage geht der vorliegende Beitrag nach, indem er als Ausgangspunkt eine Dokumentation eines längeren Begleitungsprozesses rapportiert. Daraufhin werden die sprachlichen, formalen, strukturellen und konzeptionellen Grundlagen und Kriterien dargestellt und diskutiert, die für eine gute Dokumentation erforderlich sind.

Abstract: Already in the beginnings of the pastoral movement in the 20th century, U. S. chaplains began to document pastoral encounters. The interprofessional team was to be informed about spiritual concerns and resources of the patient that were relevant for the treatment process in order to support «best care». In the U. S., documentation has now become the standard of pastoral, professional care. This raises the question as to what criteria pastoral documentation must meet in order to be able to make a contribution to the «best care» of patients. The present contribution pursues this question by reporting on the documentation of a longer process of support as a starting point. Afterwards the linguistic, formal, structural and conceptual foundations and criteria necessary for good documentation are presented and discussed.

Ankreuzen oder erzählen?

Ein Plädoyer für Checkboxes in der klinischen Seelsorgedokumentation

Pascal Möslì / David Neubold / Livia Wey-Meier

Der vorliegende Artikel will einen Beitrag leisten in der Diskussion um interprofessionelle Dokumentation klinischer Seelsorge. Die Debatte befindet sich im deutschsprachigen Raum noch in den Kinderschuhen. Es zeichnet sich aber eine deutliche Bewegung in der Frage ab. So entstand dieser Beitrag im Rahmen eines interdisziplinären Projektes zur Dokumentation von Klinischer Seelsorge. Das Projekt wird seit Januar 2018 und bis Dezember 2020 vom Schweizerischen Nationalfonds gefördert und ist an der Hochschule Chur und der Universität Zürich angesiedelt.

Vor allem die Etablierung von Elektronischen Patientendossiers (EPD) setzte im klinischen Bereich neue Massstäbe in der Bündelung und Personalisierung von patientenbezogenen Informationen. Eine notwendige Vorstufe von Informationsverarbeitung bildet die Dokumentation von Gesundheitszuständen und professionellen Abläufen. Die Seelsorge ist dabei angefragt, ob sie an diesem Fächer- und Bereichslogiken übergreifenden «Logbuch» eines Patienten bzw. einer Patientin mitschreiben möchte. Damit zusammen hängt zuinnerst die Frage, ob spirituelle Aspekte in deren vielfältigen Ausprägungen überhaupt in das Gesundheitssystem integriert sowie, für den gegebenen Fall, interprofessionell relevant behandelt und thematisiert werden können. Wir sind der Meinung, dass das der Fall ist, und wollen an dieser Stelle daher nicht das «Ob» einer solchen Integration von spirituellen Aspekten ins Gesundheitssystem beleuchten. Vielmehr stellen wir uns auf den Standpunkt, dass die Dokumentation klinischer Seelsorge ein wichtiges Gefäss dieser Integration darstellt und daraufhin befragt werden muss, «wie» sie verantwortungsvoll genutzt werden kann.

Wir wählen in diesem Beitrag ein induktives Vorgehen, indem wir uns einem klar umgrenzten Thema, ja einem Detail, stellen welches aber, wie wir meinen, eine wichtige Bedeutung hat. Es geht um die konkrete Frage, ob sich für die schriftliche Weitergabe von seelsorglichen Informationen eher vorgefasste, standardisierte Sets eignen oder ob freie Textfelder zu bevorzugen

sind. Standardisiert sind in einem elektronischen System Checkboxen, die nur angeklickt werden können. Freie Textfelder dagegen können mit beliebigem Text gefüllt werden. Bei der Beantwortung dieser Frage werden wir einen doppelten Transfer leisten. Einerseits rezipieren wir einen Autor, nämlich Matthew D. Byrne, der im US-amerikanischen akademischen Pflege-Bereich angesiedelt ist und nicht im Bereich der Spiritual Care, in dem wir uns bewegen, forscht. Andererseits möchten wir einen Transfer in Angriff nehmen, der gewissermassen Sprach- und Kulturwelten verknüpft bzw. überwindet. Ist es doch so, dass Fragen um die Dokumentation klinischer Seelsorge insbesondere im angelsächsischen Raum bis anhin stärker gestellt und beantwortet wurden. Dabei sei nur auf die vielfältigen Assessment-Konzepte für Spiritual Care etwa von George Fitchett oder Arthur Lucas verwiesen.¹ Für eine Einordnung hilft an dieser Stelle ein kurzer historischer Rückblick. Er soll zugleich die hier aufgeworfenen Fragestellungen geschichtlich einordnen und thematisch präzisieren.

Schon 1940 hat einer der federführenden Gestalten an den Ursprüngen des *Clinical Pastoral Trainings* (CPT), Russell C. Dicks, ein Memorandum verfasst, in dem er auf die Wichtigkeit und Dringlichkeit von Dokumentation klinischer pastoraler Arbeit zu sprechen kommt. Die reflexive Verschriftlichung gehört für Dicks, der später zum Professor für Pastoraltheologie an der Duke-University ernannt werden wird, zentral zum Profil eines pastoralen Care-Workers oder Chaplains.² Sie sei ein professioneller Ausweis. Dicks unterscheidet drei Arten von Dokumentation: eine für sich selbst, eine für ein breites Publikum – man denke an Jahresberichte, Spitalsstatistiken u. ä. – und eine für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Allen gemeinsam ist, dass sie für Dicks eine systematische Weiterentwicklung der Profession erlauben. Ein spezifisches *plus ultra* ist dabei systematisch und symptomatisch: Es gilt, besser zu werden! Man könnte nun diese Liste noch um die Dokumentation in einem intradisziplinären Raum erweitern, d. h. innerhalb der Berufsgruppe der Fachpersonen Seelsorge, oder neuerdings um Dokumentationsmodelle,

¹ Vgl. nur George Fitchett/James Risk, Screening for Spiritual Struggle, in: Journal of Pastoral Care and Counseling 63 (2009) 1–12, wo die Bedeutung von Protokollen festgehalten wird, oder das von Arthur Lucas mitverantwortete Standardwerk: Larry VandeCreek/Arthur Lucas (Hg.), The Discipline for Pastoral Care Giving: Foundations for Outcome Oriented Chaplaincy, Binghamton, NY 2001.

² Russell L. Dicks, Standards for the Work of a Chaplain in the General Hospital, in: Hospitals, November 1940, Punkt 4, vgl. www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_for_work_of_chaplain_russell_dicks.pdf (08.08.2020).

die nach Möglichkeit den Patienten bzw. die Patientin miteinbeziehen. Damit wären wichtige Räden gezogen und Räume der Dokumentation abgesteckt. In diesem Artikel geht es weniger um die Dokumentation für einen selbst, welche für Dicks enorm wichtig und ein kreativ-grundlegender Prozess ist, noch um eine mit statistischer Aussenwirkung oder (aktiver) Patientenbeteiligung, sondern um die Räume des Intradisziplinären bzw. des Interprofessionellen. Deshalb werden wir im Verlaufe des Beitrags auf die Facette des «Re-Use» – wie Byrne die Weiterverwendung der dokumentierten Information bezeichnet – einen besonderen Schwerpunkt legen. Die Weiterverwendung von elektronischen Einträgen interessiert uns, denn Dokumentationen sind offen für künftige Rezeptionen. Sie wollen nicht im Dunkeln von Archiven oder in unzugänglichen Datenbanken verbleiben. Ihre Natur ist quasi eine andere, sie verlangt nach Wiederverwertung. Neben dieser Differenzierung innerhalb der Dokumentationspraxis zeigt das Beispiel von Dicks, dass Dokumentation ein «alter Hut» ist, also: *nihil novi sub sole*.

Mit «Ankreuzen oder erzählen?» haben wir unseren Beitrag etwas thetisch überschrieben. Wir wenden uns also der Frage zu, in welcher Weise und im Rahmen welcher Gefässe die Arbeit einer Fachperson Seelsorge am besten zu Papier bzw. neu in digitale Räume gebracht werden könnte. Die recht plakative Gegenüberstellung soll die Reflexion in der Sachfrage schärfen und Pros und Contras erwägen. Grundsätzliches will dabei zum Vorschein kommen. Vier Unterkapitel folgen diesen einführenden Linien, bevor der Ausblick auf die Zukunft, der in der Frage bedeutend ist, unseren Text abschliesst: Einer allgemeinen Zustandsbeschreibung (1.), im Sinne der Nachzeichnung des «state of the art», schliesst sich (2.) eine Diskussion der Herausforderungen der aufgeworfenen Fragestellung an, worauf (3.) sogleich ein Fokus auf Dokumentation und Interprofessionalität gelegt wird, um dann in groben Linien (4.) zu skizzieren, wie Checkboxes für die interprofessionelle Zusammenarbeit von Fachpersonen der Seelsorge und der Gesundheit hinsichtlich Spiritual Care konkret aussehen könnten. Dass dieser Vorschlag durchaus provokativ verstanden werden könnte, liegt vielleicht in erster Linie in den kantigen Beiträgen von Byrne grundgelegt, welche wir hier zentral aufgreifen, aber es ist auch dem Anliegen geschuldet, weiterführende Diskussionen anstossen zu wollen.

1 Stand der Dinge – Grundlegendes

Während im angelsächsischen Raum von Seiten der Institutionen wie auch der Fachgesellschaften der Seelsorge die Dokumentation auf die Agenda gesetzt wurde,³ spielt die interprofessionelle Seelsorgedokumentation im deutschsprachigen Raum bis heute noch kaum eine Rolle. Viele Fachpersonen der Seelsorge aber auch die Institutionen standen der Dokumentation bis vor kurzem kritisch gegenüber. Gründe dafür waren zum einen das exklusive Verständnis von Klinikseelsorge: Die Klinikseelsorge habe gegenüber den anderen Berufsgruppen einen exklusiven Status, der u. a. in ihrer Mandatierung durch die Kirchen, also ausserhalb des Gesundheitswesens, begründet sei. Der waadtländische Seelsorger Etienne Rochat nannte diese Form der Seelsorge in einem öffentlichen Vortrag einmal *«l'aumônerie avec parachute»* (Seelsorge mit Fallschirm). Zum anderen bezogen sich die Bedenken auf das Seelsorgegeheimnis, das es zu wahren gelte. Allerdings findet in jüngster Zeit, so lässt es sich jedenfalls in der Schweiz beobachten, ein Meinungsumschwung statt. Das hat vornehmlich damit zu tun, dass sich Seelsorge in das Paradigma interprofessioneller Spiritual Care hineinbegibt und als Teil des interprofessionellen Teams versteht.

Seelsorge als Teil des interprofessionellen Teams geht von einem Verständnis spiritueller Begleitung aus, das die Wahrnehmung und Erfassung spiritueller Bedürfnisse als Aufgabe aller Gesundheitsfachpersonen versteht, nicht nur jener der Seelsorge. Spiritualität als eine Dimension von Gesundheit gehört dabei wesentlich zu einer ganzheitlichen Versorgung des Patienten und ist daher von allen Gesundheitsfachleuten in ihrer Praxis zu berücksichtigen. Während sich diese um die allgemeine Spiritual Care kümmern, also beispielsweise generelle erste Bedarfsabklärungen vornehmen, sind Seelsorgefachpersonen in der Behandlungskette als Fachpersonen für die vertiefte Begleitung bei komplexen Situationen zuständig.⁴ Die Dokumentation spielt in einem solchen gemeinsamen Prozess naturgemäss eine wichtige Rolle, damit die Fachleute, wo nötig, den Faden des früheren Behandlungsprozesses aufnehmen und eine vertiefte Begleitung anbieten bzw. fortführen können. Damit

³ In den Standards der Seelsorge-Fachgesellschaften zur Dokumentation hat sich das niedergeschlagen vgl. Standard 3 der Association of Professional Chaplains (2015): *«Documentation of Care: The chaplain documents in the appropriate recording structure information relevant to the care recipient's well-being.»*

⁴ Vgl. beispielsweise Christina Puchalski u. a., *Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference*, in: *Journal of Palliative Medicine* 12/10 (2009) 885–904.

ist zugleich auch klar, dass die Assessmentverfahren, die eine spirituelle Standort-Einschätzung leisten, mindestens teilweise die inhaltlichen Vorgaben für die Dokumentation vorgeben. Denn zumindest *die* Informationen sind im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten zu eruieren, welche dann in der Dokumentation erfasst werden müssen.

Gegen eine solche Integration der spirituellen Begleitung in die Behandlungskette gab es insbesondere aus Deutschland kritische Einwände.⁵ Es wurde etwa argumentiert, dass auf diese Weise die spirituelle Dimension in ein medizinisches Schema gepresst werde, welches nicht ihrer Natur entspreche. Die therapeutische Behandlung sei etwas grundlegend anderes als ein spiritueller Prozess, der durch grundsätzliche Ergebnisoffenheit geprägt sei. Die medizinische Sprache und Logik in den Schritten Anamnese, Therapie und Evaluation lasse sich nicht auf die spirituelle Begleitung übertragen. All diese kritischen Fragen finden sich auch in der Beurteilung der Dokumentation wieder, welche dann als ein Instrument aufgefasst wird, das spirituelle Prozesse unsachgemäss verobjektiviere.

Wir sehen die Dokumentation als wichtiges Instrument der Zusammenarbeit, unabhängig davon, wie man der Integration der spirituellen Versorgung in die medizinisch geprägte Behandlungskette gegenüber eingestellt ist. Spirituelle Bedürfnisse werden von Patientinnen und Patienten auch gegenüber Gesundheitsfachleuten formuliert und sollten von jenen als wichtiger Aspekt der konkreten Situation einer (kranken) Person wahrgenommen werden. Zudem ist es gar nicht möglich, dass Seelsorgefachpersonen sich alleine um die spirituelle Dimension kümmern; sie wären viel zu wenige und können nicht zu allen Patientinnen und Patienten in Kontakt treten. Es braucht also eine interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation. Diese findet sinnvollerweise oft mündlich statt – aber eben auch schriftlich, damit die Informationen nicht verloren gehen. Dafür braucht es irgendwelche Formen der Dokumentation.

Die Einführung elektronischer Dokumentation fordert die Klinikseelsorge im interprofessionellen Diskurs schliesslich auf mannigfache Weise heraus: Sie muss benennen, was sie tut, mit welchen Themen sie zu tun hat und welche Empfehlungen sie anderen Professionen geben kann und will, um Patientinnen und Patienten bestmöglich zu unterstützen – und all dies in einer Sprache, die im Gesundheitswesen verstanden wird. Die Entwicklung von

⁵ Vgl. z. B. Isolde Karle, Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care, in: Wege zum Menschen 62 (2010) 537–555.

Dokumentationssystemen wirkt darum wie ein Professionalisierungsschub, weil das oft eher individuelle Verständnis von Seelsorge durch die gemeinsame Dokumentation einen – kritisch hinterfragbaren – und damit auch der Entwicklung förderlichen Rahmen erhält. Die Seelsorge öffnet mit der Dokumentation eine von anderen Professionen so empfundene «Blackbox» ihres Tuns, welche sie mit der Betonung des Seelsorgegeheimnisses gut bewahrt wusste. Sie wird gegenüber den anderen Gesundheitsprofessionen zwar in einem gewissen Sinn normaler und weniger geheimnisvoll, dafür aber auch berechenbarer und transparenter in ihrem Tun. Wenn man noch dazu bedenkt, dass auch bzw. zuerst die Patientinnen und Patienten als «owner» aller Dokumentationen Zugriffsrechte haben, kann man sich leicht vorstellen, wie anspruchsvoll und spannend die seelsorglich-dialogische Reise sich noch gestalten kann.⁶

2 Herausforderungen der Fragestellung – Ankreuzen oder erzählen?

Wie könnten und sollen Fachpersonen Seelsorge ihre Arbeit im klinischen Kontext konkret dokumentieren? Wie werden Masken und Formulare, die elektronische Eingaben erlauben, in Zukunft aussehen? Prinzipiell könnte man sich zwei Wege in der heute üblichen «Datafizierung» vorstellen. Stehen auf der einen Seite Check- oder Clickboxen, welche mehr oder weniger mit Häkchen oder Skalaeinträgen versehen werden müssen, also rahmend starke Vorgaben bieten, so sind es auf der anderen Seite offene Felder, die es dem Anwender bzw. der Anwenderin erlauben, freie Texte einzufügen, die ihrerseits für die interprofessionelle Arbeit von Relevanz sind. Reicht im einen Fall eine Computermaus bzw. ein Touchpad, um die Dokumentation umzusetzen, so ist im anderen eine physische oder virtuelle Tastatur von Nöten. Klar zeigt sich, dass in der Tradition einer theologischen Seelsorge, die der Individualität, der Kreativität und Schriftlichkeit bedeutenden Raum zuschreibt, die narrative Variante bis dato ein höheres Ansehen genießt. Narrative Einträge in

⁶ Vom Grundsatz der «Ownership» der Patienten an Dokumentationen geht auch das elektronische Patientendossier, das EPD, aus, das in der Schweiz ab Frühjahr 2020 flächendeckend verfügbar ist. Die Fragen, die sich daraus ergeben bezüglich der Verwendung der Daten und ihrer sekundären Nutzung ist aktuell Gegenstand einer Diskussion in der Schweizerischen Ärztezeitung: Yvonne Gilli, EPD: Restart your computer to finish important updates, in: Schweizerische Ärztezeitung 100/29–30 (2019) 963 und Wolf Zimmerli, Elektronisches Patientendossier: Krankengeschichte oder noch viel mehr?, in: Schweizerische Ärztezeitung 100/33 (2019) 1068.

der Form von Freitexten, obschon mit der Einschränkung, kurze, bündige und verständliche Passagen zu verfassen, sind denn nun auch diejenigen Zugänge, die unter vielen anderen David B. McCurdy,⁷ Wim Smeets oder Anna Vandenhoeck favorisieren.⁸ Dies sind Eintragsformen, die dort, wo es solche gemeinsamen Dokumentationssysteme schon gibt, vorherrschend sind. Als eigenes Textgenre sind sie aufwändig, subtil und komplex. Ungefragt stellen derartige Freitexte den wohl interessantesten und geeignetsten Zugang für die eingangs erwähnte Variante der Selbst-Dokumentation dar. Eine Dokumentationsform, die auf Selbstreflexion, Selbstbeobachtung und spezifisch persönliche Weiterentwicklung aus ist, wird um narrative Ansätze nicht herumkommen. Anders ist es aber dort, wo die Interprofessionalität stärker ins Spiel kommt. Das ist zumindest die hier vertretene These.

Blicken wir nun aber zuerst kurz auf die Seite der Pflegewissenschaft, um den anfangs geschilderten doppelten Transfer anzugehen. David M. Byrne weist in seinen Beiträgen immer wieder darauf hin, dass es in der Frage der Dokumentation in seiner Zunft unterschiedliche Anschauungen und Zugänge gibt: *Die* Pflegewissenschaft gäbe es nicht, genauso wenig wie es *die* Krankenhausseelsorge bzw. Spiritual Care als solche gibt. Selbst stark fortschrittsoptimistisch veranlagt zeigt Byrne sich darum bemüht, die Disziplin, die er vertritt, technologisch auf Vordermann zu bringen und anschlussfähig zu machen. Seine in unserem Artikel behandelten Beiträge sind um bzw. nach 2010 erschienen und suggerieren einen Nachholbedarf. Byrne fordert digitale Professionalität und Effizienz und ist im Sinne eines nicht gerade unerwünschten Kollateraleffekts durchaus darauf bedacht, an der bestehenden klinischen Monopolstellung der Ärzteschaft Kritik zu üben.⁹ Digitalisierung und Dokumentation schufen dafür neue Möglichkeiten von Rückbindung und Kontrolle. Mit seiner Kritik an den als hegemonial betrachteten Ärzten («dictatorship») reiht Byrne sich innerhalb seiner Zunft in einer langen Traditionslinie ein.

⁷ David B. McCurdy, Chaplains, Confidentiality and the Chart, in: Chaplaincy Today 28/2 (2012) 20–30, 28.

⁸ Anne Vandenhoeck und Wim Smeets in Simon Peng-Keller/David Neuhold (Hg.), Charting Spiritual Care. The Emerging Role of Chaplaincy Records in Global Health Care, New York 2020, 129–144 sowie 117–128.

⁹ Matthew D. Byrne, The Digital Demise of Medical Doctor Dictatorship, in: Journal of PeriAnesthesia Nursing 28/5 (2013) 310–317, passim aber hier v. a. 310, Spalte 2, wo Möglichkeiten der Digitalisierung als machtvoller «Stachel» gegenüber der Ärzteschaft gesehen werden, v. a. ihrer «ownership» of diagnosis».

Konkret meint Byrne in Bezug auf Einträge, die pflegerisches Handeln und Tun dokumentieren, dass diese möglichst normiert, klar und effektiv für den Fortgang sein sollen. Fehlerquellen zu minimieren und somit Probleme in Behandlungsketten auf ein möglichst geringes Mass zu reduzieren, ist sein erklärtes Ziel. Byrne weiss sehr wohl darum, dass es im Raum der Pflegewissenschaft Exponenten und Exponentinnen gibt, die eine Präferenz für narrative, also Freitext-Dokumentation haben. Diesen tritt er entgegen, weil er narrative Zugänge in der Pflegedokumentation als problematisch, «zufällig» und rückständig erachtet. Der Hang zu Freitext-Einträgen sei, und hier ist Byrne wenig zimperlich, Schnee von gestern, ein Überbleibsel einer vergangenen Zeit oder wie er es ausdrückt: «One remnant of the paper world is the persistence of free-text, narrative nursing notes.»¹⁰ Obgleich narrative Dokumentation vielerorts als bedeutender Freiheitsraum eingeschätzt werden würde, weil Checkboxes und Drop-down-Boxes etwas vermeintlich Einschränkendes hätten, also oftmals eine «loss of expressive freedom»¹¹ im Umfeld stark strukturierter EPDs beklagt wird, so kann und will Byrne dieser Meinung nicht zustimmen. Seine Positionierung ist klar. Man sollte sich von diesen Überbleibseln der Papierwelt freimachen und die neuen Werkzeuge nutzen, die unsere Welt bietet und die auch in anderen Zusammenhängen gang und gäbe sind.

Die Kosten der Freitext-Einträge seien, laut Byrne, einfach zu hoch. Ohne ausschliesslich ökonomisch zu argumentieren, bezieht er die wirtschaftliche Ebene in die soeben angesprochenen «Kosten» ein. Die Sichtbarkeit der Pflege würde darunter ebenso leiden, wenn sie mit nicht-standardisierter Sprache und freier Terminologie ineffizient arbeitete, sie würde nicht ernstgenommen werden. Gilt für Spiritual-Care und Krankenhausseelsorge gar Ähnliches? Wird auch in ihr manchmal der ökonomische und institutionelle Rahmen zu wenig – als das grössere Ganze – bedacht? Die Folgen sind jedenfalls für Byrne im Bereich der Pflege weitreichend: «Unfortunately, the persistence of narrative, free-text notes also propagate the romanticizing of nursing practice as a vocational or purely emotion-based experience, when this is not congruent with the knowledge-based practice models or the contemporary

¹⁰ Matthew D. Byrne, Write the Wrong: Narrative Documentation, in: *Journal of Peri-Anesthesia Nursing* 27/3 (2012) 203–207, 203, Spalte 1.

¹¹ A. a. O., 203, wobei er sich auf den Beitrag von O. Petrovskaya/M. McIntyre/C. MacDonald, Dilemmas, tertalemmas, reimagining the electronic health record, in: *Advances in Nursing Science* 32 (2009) 241–251, bezieht.

health care system.»¹² Nach diesem durchaus polemischen Hammerschlag, ganz der «Kühle des neuen, *knowledge-based* Zeitalters» verschrieben, zeigt Byrne eindrücklich auf, wie fehleranfällig narrative Dokumentationseinträge sind – so z. B. in der Verwendung nicht standardisierter Abkürzungen. Diese oftmals daraus für die Patientinnen und Patienten und ihr Wohl resultierenden fatalen Missverständnisse möchte Byrne gerne vermieden wissen. Mit ihnen argumentiert er. Nicht zuletzt beklagt Byrne auch die «limited options for reuse»¹³ von Freitexten. Darauf werden wir im nächsten Kapitel nochmals zurückkommen. Der Kommunikationswert von narrativen Dokumentationen sei beschränkt und – (informations-)technisch gesehen – insgesamt schwierig.

Fassen wir nun das vorher Gesagte zusammen, um es dann im Sinne des schon mehrfach erwähnten Transfers stärker auf den Kontext der Klinikseelsorge hin zu übertragen. Von Technologie auf der Höhe der Zeit war dabei die Rede, von den neuesten Instrumenten, die in «romantischer Manier» von gewissen abgelehnt werden würden, von einem beklagten Freiheitsverlust, der für Byrne aber nicht per se bewiesen sei, und von einer hohen Fehleranfälligkeit narrativer Dokumentation und ihrer schwierigen Wiederverwertung. Wie sieht dies im Bereich der Klinikseelsorge aus? Dass Analogien zum Feld der Seelsorge gezogen werden könnten, scheint klar. Bei bleibender und grosser Differenz zwischen Pflege und Seelsorge klingen die angesprochenen Reibeflächen sehr wohl auch im Bereich der Seelsorge durch: Seien es die grösseren Muster der Romantisierung, in welche Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in schillernden Farben verarbeitet werden, sei es die Betonung der Berufung oder die Frage der institutionellen Freiheitsräume respektive des professionellen Eigenstandes, mitsamt des oftmals anzutreffenden unterschweligen Inferioritätsgefühls, welches durchdrückt. Das alles findet sich so auch in der Welt von Krankenhausseelsorge, ja vielleicht noch etwas stärker. Kurz: Wie die Pflege so fühlt sich auch die Seelsorge im klinischen Bereich nicht immer für voll genommen, oftmals als eine tolerierte Berufsgruppe à la Fallschirmspringer. Auch das ist kein neues Phänomen, wie es bei Dicks schon deutlich wurde oder die Mitte der 1950er Jahre geschriebene Geschichte der Spitalseelsorge in Zürich eindrücklich belegt.¹⁴

Die zentrale Frage, die hier diskutiert werden soll, ist aber jene, in welcher Form Dokumentation umzusetzen ist. Will man Freitext-Boxen schematisch

¹² Byrne, *Write the Wrong*, 204.

¹³ A. a. O., 205.

¹⁴ Vgl. J. Ten Doornkaat, Geschichte des Spital-Pfarramtes, in: *Zürcher Spitalgeschichte*, hg. vom Regierungsrat des Kantons Zürich, Bd. II, Zürich 1951, 541–557.

und streng mit Checkboxes und ihren Click-Optionen konfrontieren – wo es doch oft Mischformen gibt und geben muss – so zeigt sich, dass sich doch fundamental verschiedene Modelle gegenüberstehen. Die Variante des Freitextes lässt dem Notierenden stärkeren Freiraum. Zwar ist in einem elektronischen Dossier die «Handschrift» als Schriftbild nicht mehr ersichtlich, was die individuelle Freiheit im Vergleich zur papierenen Form schmälern mag. Inhaltlich lässt der Freitext aber alle Freiheitsräume offen. Zugleich ist die Formulierung von Sätzen mit grossen Herausforderungen bezüglich Qualität verbunden. Es bedarf darum regelmässiger Schulung und intensiver Trainings, will diese Form der Dokumentation intraprofessionell bzw. interprofessionell Sinn ergeben. Denn der Preis der Freiheit zeigt sich in diesem Fall in der Verständlichkeit und Übersetzbarkeit. Wenn Freitexte geeignete Wege der Dokumentation sein sollen, dann müssen diese von anderen verstanden werden. Nur so ergeben sie überhaupt Sinn und legen den Grundstein für gelingende Rezeptionsprozesse. Die vorher getätigte Analogie zwischen Pflege und Seelsorge greift jedoch in diesem Feld vielleicht weniger, weil Pflege und Seelsorge ein ganz anderes Standing haben. Die Pflege ist ein konstitutiver Bestandteil der Klinik, die Seelsorge optional. Ist es also nicht so, dass narrative Zugänge in der Seelsorge einen passenderen Ort einnehmen als in der Pflege? Jedenfalls aber bemüht sich die Seelsorge im Speziellen und besonders darum, «to bear the patient story», wie dies Anne Vandenhoeck festhält.¹⁵ Ob diese «stories» dann interprofessionell immer anschlussfähig sind, steht auf einem andern Blatt.

Schränken Checkboxes nun einen «ganzheitlichen»¹⁶ Zugang in der Seelsorge, von dem viele Theologinnen und Theologen sprechen, ein? Checkboxes sind in jedem Fall die standardisiertere, steifere Variante, womöglich aber für die Dokumentation die «sicherere» Option. Gerade weil in der Vorarbeit zur Erstellung und Implementierung von solchen Checkboxes vieles

¹⁵ Anne Vandenhoeck macht eine interessante Verbindung narrativer und standardisierter Elemente, indem sie standardisierte Begriffe und Freitexte im Modell des «functional narrative charting» zusammendenkt. So werden unerfahrene Fachpersonen der Seelsorge erst darin ausgebildet, jede Begegnung mit Patientinnen und Patienten in einem Formular mit Checkboxes niederzuschreiben. Nach jahrelanger Einübung in diese standardisierte Dokumentation sollen erfahrene Fachpersonen Seelsorge schliesslich mit dem gelernten, standardisierten Vokabular narrative Texte verfassen (functional narrative charting), die nichts preisgeben, was nicht offenbart werden soll, und doch die «patient story» erzählen. Ob ein solches Modell nun aber die Nachteile der standardisierten Formulare wettmachen und die Vorteile narrativer Elemente ausspielen kann, ist für uns fraglich.

¹⁶ Z. B. McCurdy, Chaplains, 22.

bereits abgeklärt und durchgespielt wurde, ist das der Fall. Im Kapitel 4 werden wir konkret darauf zurückkommen. Der einzelne Schreiber bzw. die einzelne Schreiberin gerät mit den jeweiligen Prägungen, Horizonten und Einschätzungen, die er bzw. sie mitbringt, in den Hintergrund. Eine «Entpersonalisierung» ist damit verbunden, die aber nicht unbedingt negativ beurteilt werden muss. Gerade vor dem Hintergrund, dass Seelsorge bis anhin interprofessionell eher sparsam dokumentiert hat und Checkboxen hier den einfacheren Zugang darstellen, kann es für die Seelsorge eine Chance sein, mittels Checkboxen anzuzeigen, dass eine weitere Dimension des Menschen mit im Spiel ist. Es ist zudem ein Leichtes sich vorzustellen, dass im Kontext von Checkboxen auch das vieldiskutierte und zu Recht hochgehaltene Seelsorgegeheimnis entschieden einfacher gewahrt werden kann als in «Containern» von Freitext-Eingaben.

Gefährliche Klippen können schon präventiv umschifft, Einstellungen so getätigt werden, dass Vertrauliches und Schützenswertes gar nicht erst ins Spiel kommt bzw. nur dann, wenn der Patient oder die Patientin dem ausdrücklich zustimmt. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob nicht auch Ineffizienz von Seelsorge mit Checkboxen besser ausgemacht und begegnet werden kann? Dieses Fass soll an dieser Stelle aber nicht geöffnet werden, es sei bei der aufgeworfenen Frage belassen. Jedenfalls helfen Checkboxen die Komplexität auf verschiedenen Ebenen zu reduzieren. Zugegebenermassen stellt dieses Format eine zweiseitige Angelegenheit dar. Checkboxen sind mit Sicherheit praktikabler und weniger zeitintensiv in der Handhabung. Ihre grosse Schwäche ist aber in der Neigung hin zu Routine-Übungen zu sehen, die Checkboxen in den Köpfen generieren können. Dazu gesellen sich die Lücken, die sie allgemein aufweisen, weil sie in ihrer bewussten Beschränkung niemals alles abdecken können und (hoch)interessante Information gar nicht erst zulassen. Ist das aber in narrativen Zugängen prinzipiell anders? Sind diese vor Nivellierungen und Aussparungen gefeit?

Eine weitere, strukturelle Überlegung soll gesponnen werden, bevor wir zum 3. Kapitel kommen, das auf den Bereich des «Re-Use» verweist: Elaborierte *Case-Boxes* und eine etablierte «Super»-Struktur für Spiritual Care stehen in einem direkten Zusammenhang. Es braucht professionelle Akteure, die Fragestrukturen für Assessments systematisch generieren und verwalten, es braucht Wissen und Knowhow, diese verantwortet, inhaltlich wie technisch, umzusetzen. Die Implementierung und Weiterentwicklung von zuverlässigen und interprofessionell nützlichen Checkboxen muss von Agenten umgesetzt werden, welche mit anderen Akteuren im klinischen Bereich regen Austausch

pflegen und in einem beständigen Aushandlungsprozess stehen. Teamwork ist dabei unumgänglich, wie auch noch im Folgenden im Kapitel 4 konkret gezeigt werden kann. Vielfältiger Austausch und grundlegende Reflexion, gerade auch im die Spiritual Care begleitenden akademischen Umfeld, erweisen sich als Voraussetzung für ein System von Checkboxes, welches sich effektiv dem Wohl des Patienten bzw. der Patientin in deren ganzen Komplexität und Vielfältigkeit verschreibt. Dass Kritik an einem solchen sich herausbildenden Spiritual-Care-Management geboten sein kann, schliesst keinesfalls aus, dass solche Strukturen, die weiter als bisher von den denominationellen Institutionen entfernt sind, für die fortschreitende Professionalisierung und Differenzierung nötig sein könnten.

3 Dokumentation und Interprofessionalität: Wozu ein «Re-Use»?

Ob nun mit Checkboxes oder mit Freitext gearbeitet wird: Alles, was in einem elektronischen Klinikinformationssystem dokumentiert wird, hat seinen Grund in einem möglichen «Re-Use» der darin enthaltenen Information. Dokumentation ist darauf ausgelegt, einem berechtigten Nutzer Information zur Verfügung zu stellen. Das Standardwerk der medizinischen Dokumentation von Leiner definiert:

«Als Dokumentation bezeichnet man die Tätigkeiten des Sammelns, Erschließens, Ordners und Aufbewahrens von Informationen oder von Wissen, um beides zu einem späteren Zeitpunkt und für ein gegebenes Ziel nutzbar zu machen. [...] Die Dokumentation stellt keinen Selbstzweck dar. Dokumentiert wird Information oder Wissen nur in der Absicht einer späteren Nutzung – ohne die das Sammeln, Erschließen, Ordnen und Aufbewahren nutzlos wäre. Es geht bei der Dokumentation also darum, berechtigten Personen gezielt Information oder Wissen zur Verfügung zu stellen.»¹⁷

Die Informationsaufbereitung folgt also einem «gegebenen» Ziel. Dieses mag in der konkreten Situation unterschiedlich aussehen. Es wird sich aber im Gesundheitswesen immer am Wohl der jeweiligen Patientin ausrichten müssen. Der «Re-Use» von Informationen soll letztlich gewährleisten, dass demjenigen, von dem die Daten stammen, die bestmögliche Versorgung zukommt.

¹⁷ Florian Leiner, Medizinische Dokumentation. Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung/Lehrbuch und Leitfaden. 6., überarb. Aufl. Stuttgart 2012, 1.

Damit dies geschehen kann, werden die Daten nicht nur innerhalb, sondern auch ausserhalb ihres Entstehungskontextes weiterverwendet; innerhalb ihres Entstehungskontextes werden sie interprofessionell genutzt, um die tagtägliche Versorgung der Patientin zu optimieren; ausserhalb, um die Qualität zu verbessern in Forschung, Ausbildung, Entwicklung usw.¹⁸

Mit der unterschiedlichen Nutzung gehen unterschiedliche Stufen des «Re-Use» einher. Das reicht von einer interprofessionellen Nutzung von Gesundheitsdaten durch die Fachpersonen der Gesundheit in einer Klinik, in der die betreffende «datengenerierende» Person behandelt wird, bis hin zu einer Verwendung von Angaben einer Person in der Ausbildung von Pflege- oder Seelsorgefachpersonen, eine Verwendung im Versicherungsbereich, in ökonomischen Kontexten oder aber auch zu einem späteren Zeitpunkt als Quellen für künftige Geschichtsschreibung. Jede dieser verschiedenen Stufen ruft andere ethische Anfragen hervor: Bei der interprofessionellen Nutzung im Team – bei der es darum gehen wird, gemeinsam zu einem Entscheid zu kommen, welche Behandlung der jeweiligen Person am besten entspricht – kann es um die Frage gehen, wie der konkreten Situation der einzelnen Patientin im Dokumentationsvorgang gebührend Platz eingeräumt werden kann. Bei der Verwendung von Dokumentation zu Ausbildungszwecken wiederum kann es um die Frage gehen, inwieweit die Informationen vertraulich sind und zu ihrer weiteren Verwendung ein «informed consent» vorliegen muss.

Die Grundfrage bei allen unterschiedlichen Stufen des «Re-Use» bleibt jedoch dieselbe: Wie muss eine am Patientenwohl orientierte Dokumentation beschaffen sein angesichts ihrer weiteren Verwendung? Die Frage ist an sich nicht neu. Auch die handschriftliche Krankenakte hat(te) ihren Grund darin, die wesentlichen Informationen festzuhalten, die für die Betreuung einer Patientin zu Verfügung stehen müssen. Im Hinblick auf die Tatsache aber, dass durch die elektronische Verfügbarkeit die Möglichkeiten der weiteren Verwendung exponentiell steigen, erfährt sie hier besondere Beachtung.

In unserem Fall legen wir den Fokus auf eine der ersten Stufen des «Re-Use», sei das nun im Bereich der Pflege, aus dem Byrne kommt, oder im Bereich der Seelsorge: Nach der Begegnung mit der Patientin oder dem Patienten werden die Daten aus dieser Begegnung in das System eingespeist. Um in der Wortwahl von Byrne zu bleiben, kann hier von «Use» gesprochen werden: Die Daten werden verwertet und so als Information aufbereitet. In interprofessionellen Behandlungsteams – diese können aus Ärztinnen, Pflegenden,

¹⁸ Vgl. auch Byrne, *Write the Wrong*, 204f.

Therapeuten, Ernährungsberatern, Seelsorgerinnen u. a. m. bestehen – hat jede Profession Zugriff auf die für sie notwendigen Daten und kann sie weiterverwenden. Es handelt sich um «Re-Use».

In einer Studie im Auftrag der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) unterscheiden Gina Atzeni u. a. drei Formen von gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Sie benennen sie als koordinative, ko-kreative und projekthafte Verdichtungen von interprofessioneller Zusammenarbeit.¹⁹ Koordinative Verdichtung dominiert im akut-somatischen Krisenfall – hier handelt jede Profession in klar definierten Handlungsmustern und antrainierten Kompetenzen (Beispiel: Intensivmedizin); ko-kreative Zusammenarbeit hat ihren Platz in Zusammenarbeitsformen, in denen die Professionen gemeinsam und mit den Patientinnen und Patienten Lösungen suchen und entscheiden (Beispiel: Palliative Abteilungen) und projekthafte Verdichtungen, die nicht durch Krisenfälle oder konkrete Patientinnen und Patienten veranlasst werden, sondern aufgrund von Abstimmungs- und Koordinierungsbedürfnissen der Professionellen angesichts wiederkehrender Problemlagen. Dokumentierte Informationen von Fachpersonen der Seelsorge können in jedem der drei Settings von interprofessioneller Zusammenarbeit gefragt sein. Unterschiedlich wird die Art sein, in der das Dokumentierte «wiederverwendet», also *re-used*, wird. Geschieht eine Verknüpfung der dokumentierten seelsorglichen Information mit jener der anderen Gesundheitsfachberufe, wird sich die Seelsorge in einem ko-kreativen Setting oder aber in projekthafter Zusammenarbeit nach Atzeni u. a. bewegen. Anders zeigt sich der Beitrag der Klinikseelsorge im akut-somatischen Bereich, wo in meist krisenbedingter Zeitknappheit eine ausgeprägte Dominanz der technischen Medizin herrscht. Hier wird eine von der Klinikseelsorge dokumentierte Information eher parallel neben den bio-medizinischen Daten eines Patienten zur Verfügung stehen. Auf diese kann zurückgegriffen werden, also

¹⁹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit, hg. Gina Atzeni/Christof Schmitz/Peter Berchtold, (Swiss Academies Reports 12/2), Bern 2017, 24f. Die Autoren machen in ihrer empirischen Studie eine wichtige Feststellung: Gelingende Interprofessionalität unterscheidet sich von der «normalen» Zusammenarbeit darin, dass die Beiträge zur Krankenbehandlung verdichtet geleistet werden. Die Dokumentation an sich verstehen Atzeni u. a. nun aber als übliches Koordinationsinstrument der «normalen» Zusammenarbeit. Dabei stehe die Professionalität, nicht die Interprofessionalität im Vordergrund. Zugespißt ausgedrückt: Eine verstärkte Dokumentation ist nicht die Folge von interprofessionellem Handeln, sondern demselben vorgelagert (auch wenn Dokumentation selbstverständlich auch interprofessionell geschehen kann). Das wird in der Diskussion um seelsorgliche Dokumentation selten so klar unterschieden.

ein «Re-Use» stattfinden, wenn in der Krisensituation die persönlich-existenzielle Situation der Patientin bzw. des Patienten ins Bewusstsein gerückt werden muss. Allen drei Settings bleibt aber gleich, dass Erkenntnisse und Informationen über die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten, welche Fachpersonen der Seelsorge oder auch andere Mitglieder eines Betreuungsteams durch Gespräche erhalten, über das Klinikinformationssystem für das gesamte Betreuungsteam eingespeist und wiederverwendbar werden.

Der Mensch «hinter» dieser eingespeisten Information mit seiner Geschichte und in seiner konkreten Situation wird nie als Ganzer erfasst werden können. Was die Person ausmacht, die hinter der dokumentierten Krankheitsgeschichte steckt, macht immer jenen Überschuss aus, der nicht in Worte zu fassen ist. Im Wissen um dieses Unvermögen können dennoch gerade auch standardisierte, abzuhakende Begriffe den Blick auf die «grossen» Lebensthemen öffnen, auch wenn diese natürlich niemals vollständig wiedergegeben werden können. Vielleicht haben Checkboxes sogar den Vorteil, dass sie von vornherein nicht wie ein (Freitext-)Eintrag den Eindruck erwecken, in irgendeiner Art und Weise endgültige und «grosse» Aussagen zu machen. Sehr wohl kann aber eine geeignete Auswahl an möglichen Begriffen für die Checkboxes auf eines dieser grossen Lebensthemen verweisen. Diese Begriffe ermöglichen all jenen, die zu einem späteren Zeitpunkt die Information weiterverwenden, das betreffende Thema aufzunehmen. So kann auch ein standardisierter Begriff Anlass für ein weiteres Gespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten sein. Er kann aber auch schlicht dazu dienen, die Mitglieder des Betreuungsteams zu sensibilisieren für eine menschliche Grunderfahrung dieser im Mittelpunkt stehenden Person. Jedes Betreuungsmitglied kann auf eigene Erfahrungen zurückgreifen und sich aus diesem Erfahrungshorizont heraus die Situation der Patientin oder des Patienten vor Augen halten.²⁰ Das ermöglicht Teilhabe und dementsprechend angemessenes Verhalten gegenüber der betroffenen Person, gerade auch in Settings von koordinativer Verdichtung, wo sich in enger zeitlicher Taktung jede Profession auf ihre eigenen antrainierten Handlungsmuster verlässt.

²⁰ In den Worten der Philosophin Theda Rehbock bedeutet das, «daß wir jede mögliche Verfassung oder Lebenslage unserer selbst und des Anderen nur *im personalen Sinnhorizont* des menschlichen Seins verstehen und uns nur in diesem Horizont zu uns selbst und zum anderen verhalten können». Theda Rehbock, *Personsein in Grenzsituationen*. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns, Paderborn 2005, 296.

Mit dem Blick auf die Wiederverwendung von Informationen in verschiedenen Settings der interprofessionellen Zusammenarbeit beenden wir an dieser Stelle unsere theoretischen Reflexionen zur Frage Checkboxen oder Freitext. Vor dem schliessenden Ausblick wagen wir nun im letzten Kapitel den Sprung in die Praxis und zeichnen ein Modell nach, welches als Grundlage für eine Dokumentation mit Checkboxen dienen könnte. Dieses Modell – das sogenannte Indikationen-Set – wurde in der Schweiz entwickelt, um Gesundheitsfachleuten den Beizug von Seelsorge zu erleichtern.

4 Checkbox-Dokumentation mit dem Indikationen-Set

Wir stellen dieses Indikationen-Set²¹ im Folgenden kurz vor und zeigen danach auf, wie eine Checkboxen-Dokumentation gemäss den bisher entfalteten Überlegungen auf Grundlage des Indikationen-Sets entwickelt werden könnte.

4.1 Das Indikationen-Set als interprofessionelles Arbeitsinstrument

Ausgangspunkt für die Entwicklung des Indikationen-Sets war die wiederkehrende Beobachtung, dass Gesundheitsfachleute oft nicht genau wissen, in welchen Situationen oder bei welchen Anliegen der Patientinnen und Patienten sie Fachpersonen der Seelsorge einbeziehen können. Eine Gruppe von Schweizer Fachleuten der institutionellen Seelsorge verschiedener ambulanter und stationärer Settings unter der wissenschaftlichen Leitung des deutschen Theologen Traugott Roser²² machte es sich darum zur Aufgabe, eine Liste phänomenologisch orientierter Indikatoren²³ zu entwickeln, welche diesen Transfer erleichtern sollten. Für den Bereich der deutschsprachigen Seelsorge ist der Begriff der Indikation bislang noch nicht eingeführt. Er beschreibt, dass es eines benennbaren Grundes und des Einverständnisses auf Seiten des

²¹ Das Indikationen-Set wurde erstmals in der Pflegezeitschrift veröffentlicht: Renata Aebi/Pascal Möсли/Traugott Roser, Indikatoren-Set für Spiritual Care und Seelsorge. Instrument für Pflege und Medizin zum Beizug der Seelsorge, in: Pflegezeitschrift 72/6 (2019) 60–63.

²² Traugott Roser war einer der beiden ersten deutschsprachigen Professoren für Spiritual Care am Klinikum der Universität München. Sein Grundlagewerk zu Spiritual Care wurde kürzlich überarbeitet und neu aufgelegt: Traugott Roser, Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen, Stuttgart 2017.

²³ Laut Pschyrembel 1998 bezeichnet eine Indikation «ein[en] Grund zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens in einem Krankheitsfall, der seine Anwendung hinreichend rechtfertigt, wobei grundsätzlich Aufklärungspflicht gegenüber dem Kranken besteht.»

Gegenübers für ein Angebot seelsorglicher Begleitung bedarf. So kann beispielsweise das Feststellen emotionaler Kraftlosigkeit des Patienten (benennbarer Grund) und sein Interesse, darüber mit der Seelsorge ins Gespräch kommen zu wollen (Einverständnis) als Indikation für ein seelsorgliches Angebot gelten.

Konzeptionelle Grundlage für die Indikationen war ein gesundheitsbezogenes Verständnis von Spiritualität, welches sich insbesondere durch Offenheit für diverse religiöse und nichtreligiöse Einstellungen und durch Praxisorientierung auszeichnet. Die Erstellung des Indikationen-Sets erfolgte in einem mehrstufigen Kommunikationsprozess unter Expertinnen und Experten unterschiedlicher Berufsgruppen. Methodisch orientierten sich die Verfasser an der in der palliativen Disziplin gut bekannten Delphi-Methode, bei welcher Experten in einem weitgehend anonymen Prozess in mehreren Diskussionsrunden zu einem Thema befragt werden. Die zuerst von Fachpersonen der Seelsorge entwickelte Indikationenliste entstand in mehreren Schritten. Zuerst wurden die zentralen spirituellen Themen beschrieben, mit welchen es Seelsorgende in der Begleitung von Patientinnen und Patienten zu tun haben. In einem zweiten Schritt wurden diese Themen ins Feld der Begleitung der Gesundheitsfachleute übersetzt bzw. als von ihnen beobachtbare Wahrnehmungen formuliert.

Die Liste der Wahrnehmungen und der möglichen spirituellen Themen wurde in einem nächsten Schritt Experten aus Gesundheitsberufen (Ärzten, Pflegenden, Psychologen in stationären und ambulanten Versorgungssettings) vorgelegt mit der Bitte, die Formulierungen auf sprachliche und inhaltliche Verständlichkeit, auf Praktikabilität im klinischen Alltag und auf den Nutzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu prüfen. Ziel des ganzen Prozesses war die Herstellung eines Konsenses bei der Identifikation und Priorisierung von Themen spiritueller Begleitung sowie die Entwicklung eines idealtypischen Leitfadens zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Am Ende des Prozesses stand ein Set aus sieben Indikationen, welche den Beizug von Fachpersonen der Seelsorge nahelegen und die zugleich aufzeigen, an welchen Themen und mit welchen Zielsetzungen die Fachpersonen der Seelsorge arbeiten. Somit sind die Indikationen ein Modell, das ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Sprache für die spirituelle Begleitung für Fachpersonen der Seelsorge und der Gesundheitsberufe fördert. Die Indikationen

wurden in einer Kurzfassung für den täglichen Gebrauch und in einer Langfassung für Fortbildungszwecke formuliert.²⁴

In der Kurzfassung sieht das Indikationenset wie folgt aus:

Indikationen-Set (Kurzfassung)

EBENE SINN

1. Sinn- und Schicksalsfragen

Pat. wirkt grübelnd, hadernd, zeigt widersprüchliche Emotionen, äussert Ohnmacht und stellt Fragen nach dem Warum.

2. Trauer und Verzweiflung

Pat. wirkt traurig, enttäuscht und verzweifelt und ist nach eigenen Angaben oder Auskunft von An- und Zugehörigen belastet durch Verluste.

EBENE TRANSZENDENZ

3. Ungewissheit und Glaube

Pat. äussert Ängste, Hoffnungslosigkeit oder Wut und Verbitterung oder signalisiert religiöse Bedürfnisse oder stellt religiöse Fragen.

4. Rückzug und Isolation

Pat. äussert emotionale Kraftlosigkeit, zieht sich von anderen zurück oder wirkt einsam.

EBENE IDENTITÄT

5. Scham- und Schuldgefühle

Pat. wirkt belastet durch biografische Einschnitte oder traumatische Erfahrungen und kreist um Ungeklärtes und Unerreichtes.

6. Identitätskonflikt und Kontrollverlust

Pat. verhält sich passiv, wirkt unzufrieden oder bitter und gilt als «schwierig» oder nicht kooperativ.

EBENE WERTE

7. Ethische Konflikte

Es gibt ein Unbehagen bezüglich angemessener Betreuung, Versorgung und Behandlung bei irgendeiner/m der Beteiligten und Betroffenen, es besteht hoher Diskussionsbedarf.

4.2 Das Indikationen-Set als Grundlage für die *Chartingboxen* einer Dokumentation

Die sieben Indikationen zeigen Gesundheitsfachleuten Themen auf, innerhalb derer sich seelsorgliche Tätigkeit bewegt. Darüber hinaus stellen sie einen

²⁴ Verfügbar sind beide Fassungen unter: www.kirchenpalliativebern.ch/spiritual-care-und-seelsorge; 03.03.2020.

sprachlichen und konzeptionellen Rahmen zur Verfügung, auf den in der Zusammenarbeit zurückgegriffen werden kann. So können Gesundheitsfachleute die Indikationen als Grundlage verwenden, um Wahrnehmungen in einem für alle verständlichen Rahmen zu benennen. Jede Indikation kennzeichnet, phänomenologisch konkret, jeweils ein Thema, das für die Patienten wichtig ist, ohne die besondere individuelle Färbung, die dahinterliegende Geschichte, preiszugeben. Damit können die Indikationen auf die Mehrdimensionalität menschlichen Erlebens in der Krankheit hinweisen und eine spirituelle Dimension in der Wahrnehmung des betreffenden Menschen mitberücksichtigen.

Ein Dokumentationssystem aufgrund der sieben Indikationen besteht noch nicht, ist jedoch ein nächster Schritt, um das Indikationen-Set in einer Behandlungskette einer Institution oder Organisation nachhaltig wirksam zu machen. Ein solches System könnte leicht erstellt werden: Jede der sieben Indikationen könnte als eine eigene Checkbox eingerichtet werden (vgl. die Darstellung unten). Im Behandlungsalltag würde die Gesundheitsfachperson nach der Patientinnenbegleitung die Indikation bzw. die Indikationen ankreuzen, bei welcher oder welchen es im Blick auf weitere Begleitung einen Bedarf gibt. In einem freien Textfeld «Bemerkungen» könnten, in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten, weitere Informationen eingetragen werden, die für das Verständnis des indizierten Bedarfes wichtig sind. Im freien Textfeld «Empfehlungen» könnten, auch hier in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten, Handlungsempfehlungen für die Begleitung der betreffenden Person abgegeben werden.

Diese verschiedenen Informationen wären dann einerseits Grundlage dafür, im interprofessionellen Austausch diese Dimension in den Betreuungsplan einfließen zu lassen und andererseits dafür, bei Bedarf eine Fachperson der Seelsorge in die Betreuung aktiv einzubeziehen. Weil sie Teil des umfassenden Dokumentationssystems wären, würden die Checkboxes helfen, dass die spirituelle Dimension im Behandlungsalltag nicht vergessen geht. Sie könnten die Gesundheitsfachleute im Verständnis und in der Sprachfähigkeit über spirituelle Anliegen und Ressourcen unterstützen. Und sie würden die Erinnerung wachhalten, dass Fachpersonen der Seelsorge in die Begleitung einbezogen werden können.²⁵ So verstanden sind Checkboxes Hinweisschilder in doppelter Hinsicht: Sie verweisen auf die spirituelle Dimension im Krankheitserleben und auf die Expertise der Seelsorge.

²⁵ Die Fachpersonen der Seelsorge sind oft nicht Teil des Behandlungsteams. Sie sind darum darauf angewiesen, dass die Gesundheitsfachleute sie aktiv einbeziehen.

Die Checkboxen und freien Textfelder sind untenstehend dargestellt:

Seelsorgliche Dokumentation

A) Checkboxen

- ☐ Sinn- und Schicksalsfragen
- ☐ Trauer und Verzweiflung
- ☐ Ungewissheit und Glaube
- ☐ Rückzug und Isolation
- ☐ Scham- und Schuldgefühle
- ☐ Identitätskonflikt und Kontrollverlust
- ☐ Ethische Konflikte

B) Freie Textfelder

Bemerkungen: _____

Empfehlungen: _____

Die Dokumentation anhand solcher Indikationen ist in der interprofessionellen Zusammenarbeit dann wirksam, wenn die dokumentierten Themen in der mündlichen, interprofessionellen Kommunikation weitergeführt und vertieft werden. Somit dient Dokumentation als Grundlage für die oben erwähnte ko-kreative Verdichtung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Berufsgruppen entwickeln im interprofessionellen Austausch ein gemeinsames Verständnis für das Anliegen der Patientin bzw. des Patienten, um sie oder ihn bestmöglich unterstützen zu können. Allerdings setzt ein solches Konzept voraus, dass einerseits die Gesundheitsfachleute im Verständnis der Indikationen geschult sind und andererseits die Fachleute der Seelsorge die religiöse/spirituelle Dimension, welche im konkreten Fall für die Patientin bzw. den Patienten und seine bzw. ihre Unterstützung wichtig sein könnte, für die anderen Professionen verständlich erläutern und einbringen können.

Abschliessend lässt sich sagen, dass Vieles von dem, was wir in den vorangegangenen Kapiteln angesprochen haben, unserer Ansicht nach Entsprechung findet in einer Checkboxen-Dokumentation auf Grundlage des Indikationen-Sets: Seelsorge wird sichtbar gemacht und liefert mit der Checkboxen-Dokumentation Daten, die wiederverwendet werden können in der professionellen Zusammenarbeit («Re-Use»). Gleichzeitig kommt sie der Unverfügbarkeit des Menschen in seiner Krankheitssituation nach, indem sie zwar auf «entpersonalisierte», phänomenologisch aber erhärtete, anthropologische Grundkonstanten zurückgreift. Damit fördert sie gleichzeitig auch die Möglichkeit, sich in allgemein verständlicher Sprache über professionelle Grenzen

hinaus zu verständigen, und spannt inhaltlich einen Bogen auf, in dem sich seelsorgliche Tätigkeit im klinischen Umfeld betätigen kann. Zusätzlich ist das Indikationen-Set keineswegs ein abgeschlossenes System. Die Art, wie es in den gesamten seelsorglichen Dokumentationsprozess eingebettet wird, ist so offen, dass es den unterschiedlichen Anwendungssituationen- oder -bedürfnissen angepasst werden kann. Ob das Modell einlösen kann, was wir ihm zutrauen, und so auch unsere vorangehenden Reflexionen zur Dokumentation legitimiert, wird sich zeigen, wenn erste Dokumentations-Erfahrungen damit ausgewertet werden.

5 Ausblick – ein schneller Wandel

Wie kann eine verantwortungsvoll am Patientenwohl orientierte Dokumentation klinischer Seelsorge aussehen? Ist eher eine narrative Dokumentation zu favorisieren, die dem Modell der Seelsorge als «Geschichten-Verwalterin» nahesteht oder doch eher eine Dokumentationsform, die einfaches und wohl auch zeitschonendes Ankreuzen erlaubt? Mit Blick auf Matthew D. Byrne haben wir uns der Frage zugewandt und uns mit ihm, aber noch mit anderen Gründen für eine Checkboxen-Lösung ausgesprochen. Auf Grundlage dieser Vorüberlegungen haben wir letztlich ein Modell zur Sprache gebracht, mit dem unserer Ansicht nach eine vielversprechende Seelsorgedokumentation konkretisiert werden könnte.

Der vorliegende Artikel ist eine Momentaufnahme, ein Werkstattbericht, der sich aus eigener Forschung, Erfahrung, Tagungsbeiträgen, Workshop-Diskussionen und Literatur nährt. Ihm haftet das Vorläufige an. Dasselbe zeigt sich auch im Beitrag von Byrne, der unseren Ausgangspunkt bildete und bereits sechs Jahre alt ist. Sechs Jahre sind eine lange Zeit, wenn es um Fragen im Bereich der Klinik-IT und im Speziellen der elektronischen Dokumentation geht. Welche Neuerungen technischer Art sind hier in nächster Zeit noch zu erwarten? Werden wir bald mündlich dokumentieren? Oder gibt es sogar Echt-Zeit-Dokumentationsformen? Gibt es eine Ablösung von Schriftlichkeit, vom Taktilen überhaupt? Wird es zu einer stärkeren Symbiose von Mensch und Maschine kommen, sodass man gemeinsam über ein Interface quasi dialogisch dokumentiert? Byrne deutet solche Möglichkeiten an und wehrt sich gegen den weitläufigen Gedanken, dass der Mensch dabei überflüssig werden könnte.

Bei allen Veränderungen, mit denen wir durch die elektronische Entwicklung in Zukunft konfrontiert werden, wird auch die Frage nach einer verantwortungsvollen elektronischen Dokumentation im interprofessionellen Bereich von unterschiedlichen Seiten immer wieder neu gestellt werden. Das Grundanliegen aber, mit der Dokumentation die optimale Betreuung der kranken Person zu unterstützen, wird bestehen bleiben. Mit ihrer Sensibilität für den Geheimnischarakter eines vertraulichen Gesprächs und einem gleichzeitigen Verständnis für die Notwendigkeit von Informationsaustausch für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit, tut die klinische Seelsorge gut daran, sich aktiv in diesen Entwicklungsprozess hinein zu begeben. Wenn sie sich in diesen vordergründig mehr administrativ als pastoralen Bereich hindeckelt, lernt sie zwar auch über ihre Tätigkeit zu reflektieren und macht sich sichtbar im Ganzen der klinischen Institution, vor allem aber kann sie zum Wohl der Kranken mitgestalten, wie in der interprofessionellen Zusammenarbeit über und für Patienten und Patientinnen dokumentiert wird.

Zusammenfassung: Reflexionen zum Wie der Umsetzung von Seelsorgedokumentation im klinischen Bereich stehen im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags. Dabei werden plakativ Checkboxes sogenannten Freitext-Einträgen, die dem Narrativen Raum geben, gegenübergestellt und miteinander abgeglichen. Den Checkboxes werden von uns viele Vorteile zugemessen. Sie reichen davon, dass das Seelsorgegeheimnis mit ihnen besser gewahrt und dass das Moment der Interprofessionalität über sie bestärkt werden kann, bis dahin, dass Checkboxes weniger Zeit in Anspruch nehmen und für den sogenannten «Re-Use» (in Forschung und Ausbildung) besser geeignet erscheinen. Insgesamt erfüllt die Dokumentation verschiedene Funktionen und muss sich unterschiedlichen Anfragen stellen, denn der Patient soll jeweils im Mittelpunkt des Ganzen stehen. Dazu wird im Beitrag ganz praktisch ein interprofessionelles Indikationsset vorgestellt, das jüngst in der Schweiz entwickelt wurde. Im Bewusstsein, dass die Entwicklungen auf der Ebene der Methoden von Dokumentation sich mit den technischen Möglichkeiten schnell ändern, schliesst der Artikel.

Abstract: Reflections on how to implement spiritual care documentation in the clinical field are the focus of this paper. Bold check boxes and so-called free-text entries, which give space to narratives, are compared with each other. We attribute many advantages to check boxes. They range from the fact that the pastoral secret, i. e. confidentiality, is better preserved with them and that

the moment of interprofessionalism can be strengthened through them, to the fact that check boxes take less time and seem more suitable for the so-called «re-use» (in research and education). Overall, the documentation fulfils different functions and has to face different requests, because the patient should always be at the centre of the treatment. To this end, the article presents a very practical interprofessional set of indications that has recently been developed in Switzerland. Our article concludes in being aware that developments at the level of documentation methods change rapidly with the technical possibilities.

III. Seelsorgegeheimnis

Seelsorgliche Verschwiegenheitspflicht und Dokumentation

Theologisch-ethische Annäherung an eine Professionsethik der Seelsorge

Michael Coors

1 Der rechtliche Kontext der Diskussion

Der rechtliche Rahmen, der der Frage nach den seelsorglichen Verschwiegenheitspflichten zugrunde liegt, ist in der Schweiz ein anderer als in Deutschland. Ich will hier nicht die rechtlichen Rahmenbedingungen im Detail darstellen. Es geht mir allein darum, anhand der Unterschiede der rechtlichen Regelungen in diesen beiden Ländern den Ort der theologisch-ethischen Frage nach dem Seelsorgegeheimnis zu bestimmen. Dabei gehe ich von der Unterscheidung der folgenden Kategorien von Rechten und Verpflichtungen aus:¹

1. Vom Staat auferlegte Pflichten zur Verschwiegenheit
2. Vom Staat eingeräumte Rechte auf Verschwiegenheit
3. Von der Kirche auferlegte Pflichten zur Verschwiegenheit

In die erste Kategorie gehören z. B. rechtliche Regelungen zu Amtsverschwiegenheit und Berufsgeheimnis, die in Deutschland wie in der Schweiz in ähnlicher Weise gelten. Mit Blick auf den Vergleich der Rechtslage in Deutschland und in der Schweiz ist insbesondere die zweite Kategorie von Interesse, denn hier kennt das Deutsche Recht ein sehr viel weiterreichendes Verschwiegenheitsrecht für Seelsorgende als das Schweizer Recht: Die deutsche Strafprozessordnung (StPO) sieht in § 53 ein kategorisches Zeugnisverweigerungsrecht für «Geistliche» vor, das von den Verschwiegenheitspflichten des Berufs-

¹ Vgl. zum Folgenden Michael Coors/Dorothee Haart/Dietgard Demetriades, Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis im Kontext der Palliativversorgung. Ein Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, in: *Wege zum Menschen* 66/1 (2014) 91–98; doi: 10.13109/weme.2014.66.1.91. Vgl. dazu auch Henning Radtke, Der Schutz des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses, in: *Zeitschrift für evangelisches Kirchenrecht* 52/4 (2007) 617–649, 630f, 638; doi: 10.1628/004426907782956939.

geheimnisses, die in § 203 StGB geregelt sind, zu unterscheiden ist. Wer im Sinne des Gesetzes als Geistlicher zählt, ist dabei von den Religionsgemeinschaften zu definieren und wird nicht durch den Staat festgelegt.²

Ein derart umfassendes Zeugnisverweigerungsrecht für Geistliche gibt es in der Schweiz nicht. Das Zeugnisverweigerungsrecht wird in der Schweizer StPO in Art. 271 sehr differenziert für verschiedene Berufsheimnisträger geregelt. Anders als in Deutschland sind Seelsorgerinnen und Seelsorger dabei anderen Berufsheimnisträgern gleichgestellt, so dass auch Seelsorgerinnen und Seelsorger den Begrenzungen des Berufsheimnisses unterliegen:³ «Sie haben auszusagen, wenn sie [die anvertrauten Geheimnisse] [...] einer Anzeigepflicht unterliegen».⁴ Im Deutschen Recht gilt dies zwar für Berufsheimnisträger gleichermaßen, jedoch nicht für Geistliche, denn diese haben ein weiterreichendes, kategorisches Recht, das zu verschweigen, was ihnen in ihrer Funktion als Seelsorger bzw. Seelsorgerin anvertraut wurde.⁵

Diese Differenz verweist auf die grundlegende Frage, ob sich das Beicht- und Seelsorgegeheimnis anders begründen lässt als die beruflichen Verschwiegenheitspflichten anderer Geheimnisträger, so dass es von daher auch eine grössere Reichweite hat. Die Beantwortung dieser Frage ist mit Blick auf die interprofessionelle Dokumentation des Inhaltes von Seelsorgegesprächen wesentlich: Gilt das Seelsorgegeheimnis als eine Form der beruflichen Verschwiegenheitspflicht neben anderen, so kann es innerhalb eines Behandlungsteams eine Entbindung davon geben, so dass eine Dokumentation der Seelsorgegespräche für das Team möglich wird. Reicht die Verschwiegenheitspflicht hingegen weiter, so muss die Frage der Dokumentation von Seelsorge anders diskutiert werden als bei anderen Berufen.

Die Definition der Reichweite solch seelsorglicher Verschwiegenheitspflichten ist Aufgabe der Kirchen⁶ und sie geschieht in rechtlicher Perspektive

² Radtke, Schutz, 636; Heinrich de Wall, Der Schutz des Seelsorgegeheimnisses und das Seelsorgegeheimnisgesetz der EKD (SeelGG EKD), in: Zeitschrift für evangelisches Kirchenrecht 56/1 (2011) 4–26, 17; doi: 10.1628/004426911794439476.

³ Rita Famos/Matthias Felder/Felix Frey/Matthias Hügeli/Thomas Wild, Dem Anvertrauten Sorge tragen. Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge, hg. v. Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund SEK, Basel 2016.

⁴ StPO Art. 171, www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20052319/index.html#a171; 01.07.2019.

⁵ Dabei ist zu beachten, dass die deutsche Rechtsprechung davon ausgeht, dass zwischen den seelsorglichen Anteilen und den nicht-seelsorglichen Anteilen in einem Gespräch unterschieden werden muss. Vgl. Radtke, Schutz, 619.

⁶ Für den deutschen Kontext weist Radtke, Schutz, 648, darauf hin, dass die funktionale Differenzierung zwischen seelsorglichen und nicht-seelsorglichen Gesprächsanteilen

wiederum in Deutschland und der Schweiz charakteristisch unterschiedlich. Das Seelsorgegeheimnisgesetz der EKD (SeelGG EKD)⁷ formuliert für Seelsorgerinnen und Seelsorger eine kategorische Verschwiegenheitspflicht bezüglich des in der Beichte Anvertrauten: «Das Beichtgeheimnis ist unverbrüchlich zu bewahren.»⁸ Das entspricht auch der Regelung des katholischen Kirchenrechts in Kanon 983 des *Codex Iuris Canonici* (CIC): «*Sacramentale sigillum inviolabile est.*»⁹ Das SeelGG der EKD grenzt das Seelsorgegeheimnis nicht vom Beichtgeheimnis ab, sondern geht vielmehr von der «Fiktion der Beichte als Seelsorge»¹⁰ aus, indem es Beichte als einen Spezialfall von Seelsorge definiert. Die Regelungen des Pfarrerdienstgesetzes der VELKD grenzen die seelsorgliche Verschwiegenheitspflicht hingegen gegenüber der Unverbrüchlichkeit des Beichtgeheimnisses ab: Von der seelsorglichen Verschwiegenheitspflicht kann der Seelsorger oder die Seelsorgerin durch den Klienten oder die Klientin entbunden werden. Auch dann darf aber der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin erst nach eigener Gewissensabwägung über das in der Seelsorge Anvertraute reden.¹¹

Die kirchenrechtlichen Regelungen in der Schweiz sind kantonal unterschiedlich gehalten, aber mit Blick auf die seelsorgliche Verschwiegenheitspflicht scheinen die meisten sich schlicht auf die allgemeine rechtliche Regelung zurück zu beziehen, also die seelsorgliche Verschwiegenheit als Fall des Berufsgeheimnisses zu verstehen.¹² Das Beichtgeheimnis spielt dabei keine Rolle.

In diesen unterschiedlichen Vorstellungen der Reichweite der Verschwiegenheitspflichten kommen offensichtlich unterschiedliche Begründungen der Verschwiegenheit zur Geltung, die allerdings an keiner Stelle ausgeführt werden.¹³ Die Frage nach der Begründung dieser von kirchlicher Seite auferlegten Verschwiegenheitspflichten ist der Ort der theologisch-ethischen Fragestellung, um die es mir im Folgenden geht: Gibt es theologische Gründe dafür,

auch von Seiten des Kirchenrechts eine klare Regelung braucht, aus der hervorgeht, was an einem Gespräch seelsorglicher Anteil ist und was nicht. Bezogen auf diese Frage scheint mir das SeelGG der EKD keine Regelung zu enthalten.

⁷ Vgl. www.kirchenrecht-ekd.de/document/12484; 01.07.2019.

⁸ SeelGG EKD § 2 (4).

⁹ CIC Can. 983, www.codex-iuris-canonici.de/cic83_lat_liber4.htm#0102; 01.07.2019.

¹⁰ Wall, Schutz des Seelsorgegeheimnisses, 23f.

¹¹ A. a. O., 16. Vgl. PfG VELKD § 41, www.velkd.de/publikationen/download.php?8d-5e957f297893487bd98fa830fa6413; 19.08.2019.

¹² Famos/Felder/Frey/Hügeli/Wild, Dem Anvertrauten Sorge tragen.

¹³ Radtke, Schutz, 626.

eine besonders weitreichende Verschwiegenheitspflicht bezüglich des in Beichte und/oder Seelsorge Anvertrauten zu behaupten? Dass diese Frage in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Kontext zunehmend kontrovers diskutiert wird, hat mit den sich verändernden Bedingungen des Medizinsystems und der Rolle der Seelsorge in diesem System zu tun, auf die darum kurz einzugehen ist.

2 Der medizinische Kontext der Diskussion

Traditionellerweise fand Seelsorge in den christlichen Kirchen in der Begegnung zweier Individuen statt: Ein Seelsorger bzw. eine Seelsorgerin spricht mit einem Gemeindeglied – oder neutraler: mit einem Klienten bzw. einer Klientin. Die Frage der Dokumentation der Gespräche für andere stellte sich über Jahrhunderte nicht: Für wen ausser sich selbst hätte der Seelsorger oder die Seelsorgerin etwas dokumentieren sollen? Für sich selbst oder anonymisiert für die Weiterbildung wurde und wird Seelsorge dokumentiert. Hier aber interessiert die Frage danach, ob und warum für andere gerade nicht anonymisiert dokumentiert werden darf. Diese Frage stellt sich erst in dem Moment, in dem Seelsorge in die Arbeit eines Behandlungsteams integriert wird, wie es gegenwärtig insbesondere in der Palliativversorgung geschieht.¹⁴ Der Hintergrund dieser Entwicklung ist, dass international die spirituelle Begleitung nach dem Selbstverständnis der Palliativmedizin eine der vier konstitutiven Dimensionen der Leidenslinderung in der Palliativversorgung darstellt.¹⁵ Darum besteht schon aus inhaltlichen Gründen ein Interesse daran, Fachleute für spirituelle Fragen in palliative Behandlungsteams zu integrieren. Diese Aufgabe

¹⁴ Coors/Haart/Demetriades, Beicht- und Seelsorgegeheimnis; Hanspeter Schmitt, Dokumentation und Verletzbarkeit, in: *Spiritual Care* 6/2 (2017) 215–221, doi: 10.1515/spircare-2016–0195; Ralph Kunz, Diskrete Spiritual Care – zwischen Dokumentationspflicht und Seelsorgegeheimnis, in: *Spiritual Care* 6/2 (2017) 191–196, doi: 10.1515/spircare-2016–0191.2017.

¹⁵ World Health Organisation, WHO Definition of Palliative Care. WHO 2002, www.who.int/cancer/palliative/definition/en; 19.08.2019; Lukas Radbruch/Sheila Payne, Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12/5 (2011) 216–227; doi: 10.1055/s-0031–1276909. Zum Konzept des «Total Pain» vgl. Cicely Saunders, The symptomatic treatment of incurable malignant disease, in: *Prescriber's Journal* 4/4 (1964) 68–73. Zur Entwicklung des Begriffs bei Saunders vgl. David Clark, «Total pain», disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967, in: *Social Science & Medicine* 49/6 (1999) 727–736; doi: 10.1016/S0277–9536(99)00098–2 1999.

nehmen sehr häufig, in Deutschland nahezu ausschliesslich, kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger wahr.

Aus diesem Kontext ergeben sich bereits drei unterschiedliche Motivationen zur Dokumentation von Seelsorge:

1. Zum einen geht es um die Abrechenbarkeit palliativmedizinischer Komplexbehandlungen. Denn im Rahmen dieser Abrechnungsziffer sind sechs Stunden Patienten-, Angehörigen, und/oder Familiengespräche pro Patient und Woche vorgesehen. Diese Gespräche werden überwiegend von der Seelsorge durchgeführt.¹⁶ Damit hat vor allem das Krankenhaus ein Interesse an der Dokumentation der Seelsorgegespräche, denn für die Abrechnung der palliativen Komplexbehandlung muss die Durchführung dieser Gespräche dokumentiert werden. Es ist also auf der einen Seite ein dezidiert ökonomischer Kontext, in dem die Dokumentationsfrage entsteht, und der eigene ethische Fragen bezüglich einer Professionsethik der Seelsorge aufwirft: Ist es dem Verständnis seelsorglichen Handelns adäquat, Seelsorge in eine abrechenbare Leistung des Gesundheitswesens zu überführen? Diese Frage nach dem Verhältnis der Seelsorge zur institutionell ökonomischen Logik des Spitals deute ich hier lediglich an: Sie wäre an anderer Stelle eigens zu vertiefen.

2. Die zweite Motivation zur Dokumentation ist inhaltlicher Art, und sie wird sowohl von der Seelsorge selbst als auch von anderen Professionen in der Palliativversorgung geäußert: Zweck der Teamarbeit ist, dass die unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Professionen ihr Wissen und ihre Wahrnehmung miteinander teilen, um den Patienten bzw. die Patientin bestmöglich behandeln zu können.¹⁷ Das heisst, die übrigen Mitglieder des Behandlungsteams wollen für die Einschätzung des Gesamtzustandes des Patienten bzw. der Patientin die Eindrücke des Seelsorgers oder der Seelsorgerin erfahren. Das kann mündlich in der Teambesprechung geschehen. Mit Blick auf den längeren Behandlungsverlauf und das Mitwirken vieler verschiedener Personen am Behandlungsprozess ist aber eben auch eine schriftliche Dokumentation sinnvoll.

¹⁶ In Deutschland ist dies in OPS 8–982 geregelt, www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2019/block-8–97...8–98.htm#code8–982, in der Schweiz in der CHOP 93.8A.2 (vgl. medcode.ch/ch/de/chops/CHOP%202019/93.8A.2). Anders als in der deutschen OPS wird in der Schweizer CHOP die Seelsorge explizit als Profession im Rahmen des Behandlungsteams erwähnt.

¹⁷ Pascal Mösl, Rezension zu Rita Famos/Matthias Felder/Felix Frey/Matthias Hügli/Thomas Wild, *Dem Anvertrauten Sorge tragen – Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge*, Bern/Basel 2017, in: *Spiritual Care* 7/3 (2018) 312–314, 312; doi: 10.1515/spi-rcare-2017–00892018.

3. Eine weitere Motivation besteht auf Seiten der Seelsorge darin, ihre Tätigkeit und Bedeutung für den Behandlungsverlauf für das Spital sichtbar zu machen. Seelsorge trägt Erhebliches zu palliativen Behandlungsverläufen bei. Wenn aber nicht dokumentiert wird, was Seelsorge hier leistet, dann ist dies im Rahmen der Organisation des Spitals auch nicht sichtbar. Relevanz gewinnt dies spätestens dann, wenn es um Fragen der Refinanzierung von Seelsorge durch Spitäler oder auch um die Frage der Sinnhaftigkeit von Spitalseelsorge geht. Es geht beim Thema der Dokumentation von Seelsorge also auch um Fragen der Anerkennung der beruflichen Tätigkeit im Kontext des Spitals.

3 Problemexposition am Beispiel

Mit Blick auf alle Formen der Mitteilung von Eindrücken aus dem seelsorglichen Gespräch stellt sich dabei die grundsätzliche Frage, ob überhaupt etwas aus diesen Gesprächen mitgeteilt werden darf, und wenn ja, was und in welchem Umfang. Die Frage nach dem Beicht- und Seelsorgegeheimnis und seiner Reichweite hat insofern eine *gatekeeper*-Funktion für den gesamten Diskurs über die Dokumentation.

Diese Frage wird unter Seelsorgerinnen und Seelsorgern nach wie vor überaus kontrovers diskutiert und unterschiedlich gehandhabt.¹⁸ Erstaunlich ist hier allerdings das Fehlen an Begründungsarbeit: Warum gelten welche Verschwiegenheitspflichten? Wird die Frage nach dem «Ob» der Dokumentation positiv beantwortet, stellen sich immer noch Folgefragen, die ich an einem Beispiel aus einer Publikation von Sue Wintz und George Handzo aus dem US-amerikanischen Kontext erläutern will:

«Der Krankenhausseelsorger hat ein Gespräch mit einer Patientin, Frau H., die er in Tränen aufgelöst auf der Palliativstation antrifft. Die Patientin erzählt aus ihrem Leben und von ihrer Familie und zählt dabei Beispiele auf, wie sie gegenüber der Familie «versagt» hat. Im Besonderen erzählt sie dem Seelsorger, dass sie vor einigen Jahren ihren Mann betrogen hat und dass sie seither mit Schuld- und Schamgefühlen ringt. Nie war sie in der Lage, mit ihrem Mann, der vor ein paar Jahren verstorben ist, oder mit ihren Kindern darüber zu reden. Sie hat die Befürchtung,

¹⁸ Die Beiträge dieses Bandes zeigen, dass die Diskussionslage auch in Abhängigkeit vom nationalen Kontext sehr unterschiedlich ist.

dass diese Unfähigkeit sie auch in ihrem religiösen Glauben kompromittiert hat, und ringt damit, wie sie nun mit ihrem Sterben klarkommen soll.»¹⁹

Die Patientin vertraut dem Seelsorger in diesem Gespräch offensichtlich ein Geheimnis an, das sie bisher niemandem sonst anvertraut hat und das sie gerade darum auf ihrem letzten Weg in den Tod schwer belastet. Was aus diesem Gespräch soll der Seelsorger nun dokumentieren? Wintz und Handzo halten fest:

«Das relevante Gesprächsanliegen hier ist nicht die Tatsache des Ehebruchs, sondern die emotionale und spirituelle Belastung, die der Frau erwächst und die sie deutlich behindert, ihre Diagnose wahrzunehmen, Entscheidungen über ihre Zukunft zu treffen und sich letztlich ihrem Sterben zu stellen.»²⁰

Es wird also nicht unmittelbar der Inhalt des Gespräches dokumentiert, sondern eine Deutung desselben, die den Inhalt des Gespräches spirituell-funktional interpretiert.²¹ Das heisst, die Dokumentation selbst setzt eine Deutung des Gesprächs voraus, die wie jede Interpretation in ihrer Validität diskutiert und selbst wiederum unterschiedlich gelesen werden kann. Dass der Ehebruch selbst nicht erwähnt wird, könnte darauf hinweisen, dass dieses Thema auch für Wintz und Handzo einer weitergehenden Verschwiegenheitspflicht unterliegt. Dadurch klafft in der Dokumentation aber auch eine Lücke: Auf welche Gründe verweist der Seelsorger, wenn die Frage aufkommt, warum nicht mehr über die Hintergründe der dokumentierten Belastung vermerkt ist? Eine Möglichkeit wäre, darauf zu verweisen, dass es für das Ziel der Behandlung nicht relevant ist. Aber ist der Seelsorger allein in der Lage, adäquat einzuschätzen, was für den gesamten Behandlungsverlauf relevant ist? Müsste er nicht mit dem Team besprechen, was relevant sein könnte? Das Team als Ganzes unterliegt ja einer eigenen Verschwiegenheitspflicht, auch weil alle anderen beteiligten Professionen einem Berufsgeheimnis unterliegen. Dass die Seelsorge dem Team nur ausgewählte Aspekte des Gespräches mitteilt und hier interpretierend selektiert, verweist darauf, dass hier eine weiterreichende Verschwiegenheitspflicht im Spiel ist als diejenige, die für das gesamte Behandlungsteam gilt. Dies drückt sich bei Wintz und Handzo dann im Übrigen

¹⁹ Sue Wintz/George Handzo, Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge, in: *Wege zum Menschen* 67 (2015) 160–164, 161.

²⁰ Wintz/Handzo, Dokumentation und Verschwiegenheit, 161f.

²¹ Vgl. dazu den Beitrag von Anne Vandenhoeck in diesem Band, 79–96.

auch darin aus, dass sie davon ausgehen, dass mit der Patientin geklärt werden muss, was für andere Teammitglieder dokumentiert wird.

Die Frage, warum die Seelsorge nun aber gegebenenfalls nur einiges, aber nicht alles – oder in manchen Fällen auch gar nichts ausser das Stattfinden eines Gespräches – dokumentiert, bedarf also einer Begründung. Diese können wir aber nur geben, wenn wir uns Klarheit darüber verschaffen, warum das, was in Seelsorge und Beichte anvertraut wird, einer besonderen Verschwiegenheit unterliegt, die in bestimmten Fällen weiter zu reichen scheint als das allgemeine Berufsgeheimnis. Erst von diesem Hintergrund aus kann und muss dann diskutiert werden, was es bedeutet, ein Gespräch angemessen zu dokumentieren.²²

4 Zum moralischen Sinn der Geheimhaltung

Im Kontext einer demokratisch organisierten Gesellschaft sind Transparenz und Öffentlichkeit hohe moralische Güter. Entsprechend erscheint die Geheimhaltung in der Regel als Übel, oft als moralisch verwerflich: Wer etwas zu verbergen hat, so häufig die erste Intuition, der führt damit Übles im Schilde: Warum sollte er oder sie es sonst vor den anderen verbergen? Das Geheimnis steht in unseliger Nähe zur Lüge und zum Betrug. Transparenz und Offenheit erscheinen als unbestrittene moralische Güter in unserer Gesellschaft, und die grosse Verheissung der Digitalisierung sehen nicht wenige genau in der Steigerung von Transparenz. In den Horizont dieses Transparenzversprechens gehören auch digitale Dokumentationswerkzeuge, die flexiblen Zugang zu Patientendaten ermöglichen.

Dass es ganz so einfach nicht ist, zeigen andererseits die vielfältigen Diskussionen über den Schutz der Privatsphäre: Auch diese ist ja, unter anderem, eine Sphäre der Geheimhaltung. Inwiefern also kann Geheimhaltung auch ein moralisches Gut und nicht nur ein Übel sein? Erstaunlicherweise gibt es zu dieser Frage wenige fundierte philosophische oder theologische Arbeiten.

²² Zum unmittelbaren Gegensatz von Geheimhaltung und Dokumentation bzw. Schriftlichkeit vgl. Kunz, *Diskrete Spiritual Care*, 192; Georg Simmel, *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, (Gesamtausgabe, Bd. 11), Berlin 1992, 429. Die Frage danach, was genau und auf welche Weise es zu dokumentieren ist, werde ich im Folgenden nicht bearbeiten, sondern ich konzentriere mich ganz auf die Frage, ob überhaupt irgendetwas dokumentiert werden darf.

Ausführlich diskutiert wird das Geheimnis vor allem in der Soziologie,²³ dort allerdings dezidiert nicht in normativer Perspektive.

Um das Thema einzugrenzen, ist die von Kant in der Religionsschrift vorgenommene begriffliche Unterscheidung hilfreich: Der Begriff «Geheimnis» kann im Sinne von *arcanum*, von *secretum* und *mysterium* verwendet werden.²⁴ Das *arcanum* ist das unerklärliche Geheimnis der Natur, das zwar grundsätzlich erkannt werden kann, aber noch nicht entschlüsselt ist (heute z. B. schwarze Löcher). Das *mysterium* hingegen ist das heilige Geheimnis der Religion, von dem gilt, dass es durch das Verstehen nicht weniger geheimnisvoll wird, sondern in seinem Geheimnischarakter nur zunimmt.²⁵ Die Frage nach dem Beicht- und Seelsorgegeheimnis ist, gleichwohl wir uns im Horizont der Religion bewegen, nicht die Frage nach dem *mysterium* der Beichte oder der Seelsorge (auch diese Frage könnte man stellen), sondern die Frage nach dem *secretum* (englisch: *secret*). Nach Kant ist dies die Geheimnishaltung im Kontext der Politik. Sie tritt aber natürlich auch jenseits des im engeren Sinne politischen Kontextes auf.

Die Philosophin Sissela Bok definiert Geheimnis folgendermassen: «Etwas gegenüber jemandem geheim zu halten, bedeutet Informationen darüber oder Hinweise darauf von dieser Person fernzuhalten – und zwar vorsätzlich.»²⁶ Die so verstandene Geheimhaltung führt dazu, dass der oder die Geheimnisträger sich von anderen abgrenzen.²⁷ Bok verweist darauf, dass das lateinische *secernere* (separieren) die gleiche sprachliche Wurzel habe wie das lateinische *secretum*.²⁸ Die wesentliche Abgrenzung, die durch den Akt der Geheimhaltung entsteht, ist die zwischen Insider und Outsider: zwischen denen,

²³ Für die soziologische Diskussion prägend bleibt Simmel, Soziologie. Zur weiteren Diskussion des Geheimnisses in der Soziologie vgl. Burkard Sievers, Geheimnis und Geheimhaltung in sozialen Systemen, (Studien zur Sozialwissenschaft, Bd. 23), Wiesbaden 1974.

²⁴ Immanuel Kant, Die Religion innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft, (Immanuel Kant Werkausgabe, Bd. 8), hg. v. Wilhelm Weischedel, Frankfurt a. M. 101993, 210.

²⁵ Treffend ist hier nach wie vor die Charakterisierung des positiven Geheimnisbegriffs bei Eberhard Jüngel, Gott als Geheimnis der Welt. Zur Begründung der Theologie des Gekreuzigten im Streit zwischen Theismus und Atheismus. 8., erneut durchges. Aufl., Tübingen 2010, 341: «Zur Struktur des positiven Begriffes von Geheimnis gehört demnach einerseits, daß es, wenn man es ergreift, nicht aufhört, Geheimnis zu bleiben.»

²⁶ Sissela Bok, Secrets. On the Ethics of Concealment and Revelation, Oxford 1982, 5f: «To keep a secret from someone [...] is to block information about it or evidence of it from reaching that person and to do so intentionally.» (dt. Übersetzung M. C.).

²⁷ Dies deckt sich mit der Beobachtung von Sievers, dass Geheimnisse immer eine Beziehungsrelevanz haben. Vgl. Sievers, Geheimnis und Geheimhaltung.

²⁸ Bok, Secrets, 6.

die um das Geheimnis wissen, und denen, die nicht darum wissen. Diese Grenze kann aber unterschiedlich gezogen werden. Bei Bok ist zunächst im Blick, dass mehrere Personen ein Geheimnis teilen (die Insider), die sich dadurch von den anderen (den Outsidern) abgrenzen. Aber es gibt auch Geheimnisse, die nur eine Person je für sich hat: Ein Geheimnis zu haben, bedeutet dann, sich von den übrigen Menschen zu separieren. Eben darum formuliert bereits der Soziologe Georg Simmel: «Das Geheimnis [ist] ein Individualisierungsmoment ersten Ranges.»²⁹ Etwas für sich geheim halten bedeutet zugleich, sich als Individuum von der Gruppe der anderen abzugrenzen. Schon deswegen wird man in der Fähigkeit der Geheimhaltung nicht ausschliesslich ein moralisches Übel sehen können. Zugleich zeigt sich daran, dass es bei individuellen Geheimnissen in aller Regel um höchst persönliche Aspekte des Lebens geht, die tief mit der eigenen Identität und Lebensgeschichte verwoben sind.

Simmel zeigt in seiner ausführlichen soziologischen Studie zum Geheimnis auf, wie die unterschiedlichen Formen der zwischenmenschlichen Beziehungen, von Zweckgemeinschaft über Bekanntschaft und Freundschaft bis hin zu Liebesbeziehung und Ehe, sich durch eine unterschiedliche Gewichtung von Geheimhaltung und Offenbarung unterscheiden. Er bilanziert: «Es charakterisiert jedes Verhältnis zwischen zwei Menschen oder zwischen zwei Gruppen, ob und wieviel Geheimnis in ihm ist.»³⁰ Das Verhältnis von Geheimhaltung und Offenbarung ist also konstitutiv für jede zwischenmenschliche Beziehung. Das heisst auch, dass es keine Beziehung gibt, in der kein Geheimnis ist – ausser in der Beziehung des Menschen zu Gott: Hier gibt es zwar das *mysterium* und das bleibende Geheimnis Gottes, aber der Mensch ist in seinem Innersten vor Gott offenbar (vgl. z. B. Ps 139).

Einen weiteren positiven Sinn der Geheimhaltung neben dem Prozess der Individualisierung und der Gestaltung von sozialen Beziehungen identifiziert Bok aufgrund des Gedankenexperimentes einer Gesellschaft, in der wir keine Geheimnisse vor anderen haben könnten. Solch eine Gesellschaft wäre, nach Bok, zwar möglicherweise eine Gesellschaft für Heilige und Öffentlichkeits-hungerige, die alles von sich zeigen wollen, «aber ein Leben, ohne ein gewisses Mass an Geheimhaltung, wäre für die meisten von uns zu ausgesetzt, zu verletzlich.»³¹ Diese Beobachtung ist gerade mit Blick auf Seelsorge und Beichte

²⁹ Simmel, Soziologie, 410.

³⁰ Simmel, Soziologie, 406.

³¹ Bok, *Secrets*, 16: «[...] but life for most of us would be too exposed, too vulnerable, without measure of secrecy.» (dt. Übersetzung M. C.).

besonders relevant: Geheimnisse gelten damit als Notwendigkeit einer unvollkommenen Welt, in der unvollkommene und verletzte Menschen miteinander leben, die als solche darauf angewiesen sind, nicht alles voneinander zu wissen. So geht es auch darum, dass Schuld, die Menschen unweigerlich auf sich laden, geheim bleiben kann, damit sie mit ihr weiterleben können, ohne aus den öffentlichen Beziehungen ausgeschlossen zu werden. Diese Möglichkeit zum Leben mit Geheimnissen zu schaffen, ist – wie im Folgenden noch zu zeigen sein wird – eine der wesentlichen Funktionen der Beichte und auch eine mögliche Funktion von Seelsorge.

Seelsorge und Beichte, aber z. B. auch die Psychotherapie, bewegen sich nun auf der Grenze zwischen zwei unterschiedlichen Formen der Geheimhaltung. Es gibt individuelle Geheimnisse, die eine Person für sich behält. Dies können belastende Erfahrungen sein; es können Taten und Fantasien sein, die gesellschaftlichen und moralischen Tabus unterliegen; aber es können auch geheime Fantasien oder Träume sein, denen nichts Negatives anlastet. Davon zu unterscheiden sind Geheimnisse, die mehrere Personen (ggf. auch nur zwei) miteinander teilen. Nur in diesem Fall gibt es überhaupt die Möglichkeit des Geheimnisverrats. Das individuelle Geheimnis kann nicht verraten, es kann nur gegenüber anderen offenbart werden. In Seelsorge, Beichte und Psychotherapie geht es häufig darum, dass eine Person etwas, das sie bisher für sich geheim gehalten hat, einer anderen Person anvertraut – wie im oben geschilderten Beispiel die Frau wohl erstmals über den Ehebruch spricht, der sie belastet. Die Voraussetzung dafür ist aber das Vertrauen darauf, dass die Person, der man sich anvertraut, dieses Geheimnis im Rahmen ihrer beruflichen Funktion bewahrt.³² Die professionelle Verpflichtung der Seelsorgerin oder des Seelsorgers auf Geheimhaltung ermöglicht in diesem Sinne der Klientin, ihr Geheimnis im geschützten Raum des seelsorglichen oder auch therapeutischen Gesprächs zu offenbaren. Damit handelt es sich dann aber nicht mehr um ein individuelles Geheimnis, sondern um ein geteiltes. Als solches nimmt es den Seelsorger bzw. die Seelsorgerin in die Pflicht zur weiteren Geheimhaltung. Soll Seelsorge (aber z. B. auch Psychotherapie) möglich sein, so setzt dies auf Seiten der Seelsorgenden darum die Bereitschaft voraus, auch ungefragt in Geheimnisse einbezogen zu werden, die geheim zu halten für den Seelsorgenden selbst wiederum belastend werden kann. Das deutsche Kirchenrecht mutet darum den Seelsorgenden auch zu, gegebenenfalls zur Aufrechterhaltung des Geheimnisses Nachteile in Kauf

³² Radtke, Schutz, 629.

nehmen zu müssen.³³ Der Rekurs auf die notwendige Vertraulichkeit ist die einfachste und rudimentärste Begründung der Geheimhaltungspflicht für Berufe, deren Ziel nur dadurch zu realisieren ist, dass den beruflichen Akteuren Geheimnisse anvertraut werden, wie es eben für Psychotherapeutinnen, Ärztinnen, Anwältinnen, aber eben auch Seelsorgerinnen gilt.

Diese Begründung des Berufsgeheimnisses scheint mir soweit unbestritten, wie auch unbestritten ist, dass diese Art von Geheimhaltungspflicht Grenzen hat. Das gilt zum einen dann, wenn andere hochrangige moralische oder auch rechtliche Güter verletzt zu werden drohen, die für alle Menschen in der Gesellschaft höher wiegen, wie zum Beispiel der Schutz vor schweren Straftaten, insbesondere der Schutz des Lebens anderer Menschen. Diese Geheimhaltungspflicht des Berufsgeheimnisses wird aber im Gesundheitswesen eben auch innerhalb von Behandlungsteams aufgehoben, um das gemeinsame Ziel der Behandlung umzusetzen. Das Behandlungsteam wird dadurch zu einem gemeinschaftlichen Geheimnisträger. Allerdings bedeutet das noch nicht, dass alle im Team alles mit dem Team teilen müssen.

Grundsätzlich scheint es mir nicht sinnvoll, jegliche berufliche Verschwiegenheitspflicht im Team aufzuheben, schon allein deshalb, weil es immer schwerer werden wird, ein Geheimnis als solches zu bewahren, je mehr Personen darum wissen: Vielmehr wäre sinnvollerweise davon auszugehen, dass jede Profession zunächst vor dem Hintergrund der eigenen professionellen Zielsetzung zu verantworten hat, ob und was sie an das Team weitergibt. Das heisst, es wäre zum Beispiel auch davon auszugehen, dass Ärzte oder Psychotherapeuten nicht alles weitergeben, was ihnen im Rahmen ihrer Funktion anvertraut wurde. Entscheidend ist vielmehr die Frage, was für das Ziel des palliativen Behandlungsteams relevant ist: Dieses ist definiert als Erhalt oder Steigerung der Lebensqualität der Patientin. Damit ist eine Schlüsselfrage, ob eine Offenbarung des in der Seelsorge anvertrauten Geheimnisses gegenüber dem Behandlungsteam dazu beitragen kann, das Wohl der Patientin bzw. des Patienten zu sichern oder zu steigern. Zu bedenken ist dabei, dass für die Patientin oder den Patienten auch die Geheimhaltung selbst dem Schutz des eigenen Wohls dienen kann. Wird also das Wohl der Patientin dadurch gefördert, dass man ihr Geheimnis wahrt, oder dadurch, dass man es den anderen im Team offenbart? Diese Frage wird man nicht beantworten können, ohne sie mit der Patientin oder dem Patienten zu besprechen – und zwar jeweils

³³ de Wall, Schutz des Seelsorgegeheimnisses, 17.

mit Blick auf das konkrete Geheimnis, dessen Offenlegung Thema ist.³⁴ Entscheidend wird dabei die Art und Weise der Kommunikation über diese Frage sein: Sie sollte deutlich machen, dass die Geheimhaltung selbstverständlich ist, und dass die Weitergabe eben nur erfolgt, wenn der Patient bzw. die Patientin eingewilligt hat. Ein besonderes Problem ergibt sich hier allerdings, wenn der Patient oder die Patientin akut nicht einwilligungsfähig ist, z. B. wenn sie im Rahmen einer akuten psychischen Störung dem Seelsorger oder der Seelsorgerin Suizidabsichten anvertraut: Hier läge die Aufgabe der Abwägung, was es heisst, zum Wohl der Patientin bzw. des Patienten zu handeln, ganz beim Seelsorgenden. Vor dem Hintergrund, dass die Suizidabsicht hier eher als Symptom denn als freie Willensäußerung zu begreifen ist, wird die Abwägung eher zu Gunsten einer Weitergabe der Information an das Behandlungsteam ausfallen.

Mit Blick auf das individuelle Geheimnis ist abschliessend zu unterscheiden zwischen dem, was absichtlich, intentional geheim gehalten wird, und dem, was wir auch vor uns selbst verheimlichen: In diesem zweiten Sinne hat Carl Gustav Jung den Akt der Verdrängung als eine destruktive Form des Geheimnisses beschrieben. Zu Recht kritisiert Bok, dass gerade unter dem Einfluss der Psychoanalyse, aber auch unter Einfluss der christlichen Busstradition, das Geheimnis viel zu oft ausschliesslich als destruktiv für die Charakterentwicklung verstanden wird.³⁵ Indes leidet es wohl keinen Zweifel, dass es *auch* Geheimnisse gibt, die destruktiv wirken können. Das sind insbesondere (wenn auch vielleicht nicht durchgängig) die Geheimnisse, die wir auch vor uns selbst haben, also Belastendes, das verdrängt wird:

«So fördernd ein mit mehreren geteiltes Geheimnis ist, so zerstörend wirkt ein nur persönliches Geheimnis. Es wirkt wie eine Schuld, die den unglücklichen Besitzer von der Gemeinschaft mit anderen Menschen abschneidet.»³⁶

³⁴ Das bedeutet, dass die Entbindung von der Geheimhaltungspflicht jeweils im konkreten Fall zu erfolgen hat und nicht durch eine vertragliche Generalklausel erfolgen kann, die darauf hinweist, dass im Behandlungsteam die vom Patienten anvertrauten Informationen geteilt werden.

³⁵ Bok, *Secrets*, 8f. Bok hat hier insbesondere die negative Bewertung dessen im Blick, was geheim gehalten wird, nämlich die Sünde, die im Rahmen der Beichte unter dem Siegel der Verschwiegenheit anvertraut wird. Dass es im Kontext der Beichte um das Bekennen von Sünden geht, bildet den kulturgeschichtlichen Hintergrund für eine latente Identifikation des Geheimgehaltenen mit Sünde und Schuld, so dass von daher das Geheime per se etwas Negatives ist.

³⁶ Carl Gustav Jung, *Seelenprobleme der Gegenwart*, (Vorträge und Aufsätze. Psychologische Abhandlungen, Bd. 3), Zürich 1931, 6.

Nicht nur das Seelsorgegespräch, sondern gerade auch die Psychotherapie bildet einen durch die Verschwiegenheitspflicht geschützten Raum, in dem es auch dazu kommen kann, dass ein Klient bzw. eine Klientin mit dem konfrontiert wird, was er oder sie sogar vor sich selbst geheim gehalten hat. Dabei kann allein die Tatsache, dass das destruktive Geheimnis geteilt wird, bereits einen positiven Effekt für die betroffene Person haben, unter anderem weil damit der Rückzug aus dem Sozialen, der mit dem destruktiven Geheimnis verbunden ist, unterbrochen wird: «Im allgemeinen sind daher die Schädigungen durch ein unbewußtes Geheimnis größer als durch ein bewußtes.»³⁷ Insofern kann die Bereitschaft, sich als Seelsorgerin bzw. Seelsorger ein Geheimnis anvertrauen zu lassen, auch als berufsethische Hilfeleistungspflicht der Seelsorge gegenüber Menschen begriffen werden, die unter ihrem Geheimnis leiden.

Es versteht sich von selbst, dass solche Geheimnisse eines besonderen Schutzes bedürfen, weil die Betroffenen durch die Preisgabe solcher Geheimnisse in besonderer Weise verletztlich werden.³⁸ Dass solche Geheimnisse im Gespräch offenbart werden, dürfte für Seelsorge und Psychotherapie besonders charakteristisch sein, wenn auch vermutlich in unterschiedlicher Art und Weise.

5 Theologische Gründe für das Beicht- und Seelsorgegeheimnis

Welche Art von Geheimnis ist nun charakteristisch für die Seelsorge? Um diese Frage zu beantworten, muss man sich mit dem Verständnis von Seelsorge und Beichte befassen. Das geht über das angestammte Gebiet des theologischen Ethikers deutlich hinaus. Auch darum ist das Folgende nicht viel mehr als ein tastender Orientierungsversuch. Um der Besonderheit des Beicht- und des Seelsorgegeheimnisses auf die Spur zu kommen, gehe ich einigen historischen Spuren nach. Ziel ist dabei herauszufinden, was an Beichte und Seelsorge eigentlich die besondere Verschwiegenheit notwendig macht, die irgendwann im Laufe der Kirchen- und Dogmengeschichte ihren Ausdruck zunächst im Beichtgeheimnis und dann in der Pflicht zur seelsorglichen Verschwiegenheit gefunden hat.

³⁷ Jung, Seelenprobleme, 8.

³⁸ Zur Verletzlichkeit durch Dokumentation vgl. Schmitt, Dokumentation und Verletzbarkeit.

5.1 Vorverständnis: Dietrich Bonhoeffers Beicht-Theologie

Wer nach Spuren für die theologischen Gründe dieser Verschwiegenheitspflicht sucht, braucht am Anfang seiner Suche eine Idee davon, wonach er sucht – man könnte auch sagen: ein Vorverständnis. Dieses ergibt sich für mich aus den theologischen Reflexionen Dietrich Bonhoeffers zur Beichte, die deutlich in der Tradition von Luthers Beichttheologie stehen.

In seinem Büchlein «Gemeinsames Leben» schreibt Bonhoeffer über die Beichte: «Wer mit seinem Bösen allein bleibt, der bleibt ganz allein.»³⁹ Ausgangspunkt ist hier also, ähnlich wie bei Jung, die Destruktivität des individuellen Geheimnisses, nur dass es hier ein theologisch qualifiziertes Geheimnis ist: Die Sünde, die ihre zerstörerische Macht nach Bonhoeffer gerade darin zeigt, dass sie den Sünder durch den innere Zwang zur Geheimhaltung von der Gemeinschaft, in der er lebt, separiert und so in die Vereinsamung treibt. Der Kontext von Bonhoeffers Ausführungen ist natürlich ein besonderer, nämlich die Lebensgemeinschaft der Vikare im Predigerseminar der bekennenden Kirche – also eine enge geistliche Gemeinschaft unter äusserem Druck. Aber dennoch wird hier möglicherweise Wesentliches über den Charakter der Beichte deutlich. Immerhin lässt sich in dem Ausgeführten leicht das wiedererkennen, was zuvor bereits über die Dynamik von Geheimnis und Separierung – und damit zusammenhängend über die Funktion des Geheimnisses für den Prozess der Individuation – dargestellt wurde. Die geheim gehaltene Sünde trennt von der Gemeinschaft und entfaltet gerade durch ihren Geheimnischarakter eine destruktive Kraft, die wiederum an Jungs Ausführungen erinnert.

Gegen diese Tendenz zur Vereinsamung durch die Sünde gab Jesus nach Bonhoeffer – «den Seinen die Vollmacht, das Bekenntnis der Sünde zu hören und die Sünde in seinem Namen zu vergeben. [...] Damit hat Christus uns die Gemeinde und in ihr den Bruder zur Gnade gemacht. Er steht nun an Christi statt. Vor ihm allein in der ganzen Welt darf ich der Sünder sein, der ich bin; denn hier regiert die Wahrheit Jesu Christi und seine Barmherzigkeit.»⁴⁰

Mit Blick auf das Beichtgeheimnis scheint mir dabei vor allem interessant, dass der Bruder (und ich ergänze für uns heute über Bonhoeffer hinausgehend auch die Schwester) uns an Christi statt begegnet und dass es genau diese

³⁹ Dietrich Bonhoeffer, *Gemeinsames Leben*, (Werke, hg. von Gerhard Ludwig Müller/Eberhard Bethge, Bd. 5), Gütersloh 2008, 93.

⁴⁰ Bonhoeffer, *Gemeinsames Leben*, 94.

stellvertretende Präsenz Christi ist, die das Bekennen der Sünde und die Zusage der Vergebung ermöglicht. Das eigentliche heilvolle Geschehen in der Beichte geschieht zwischen Christus und dem oder der Beichtenden. Darum hat der Beichtvater oder die Beichtmutter kein Recht, etwas von dem, was in der Beichte Gott anvertraut wurde, anderen bekannt zu geben – und zwar unter keinen Umständen.

5.2 Theologiegeschichtliche Spurenlese

Das sind soweit Überlegungen, die versuchen, ausgehend von einem lutherischen Theologen des 20. Jahrhunderts eine Begründung des Beichtgeheimnisses zu rekonstruieren. Welche Plausibilität haben sie aber über diesen Text hinaus? Wurde Ähnliches auch schon vorher gedacht? Dem theologischen Ethiker bleibt hier, in Ermangelung von historischen Arbeiten zum Beicht- und Seelsorgegeheimnis, nur die Orientierung an den wenigen theologiegeschichtlichen Überblicksarbeiten, die zur Geschichte von Seelsorge und Beichte zu identifizieren sind.⁴¹

Die Einzel-Beichte, die unter Einfluss des Mönchtums die altkirchliche Praxis der öffentlichen Beichte im Gottesdienst ablöste,⁴² wird im Mittelalter von der Kirche genutzt, um «alle Gläubigen seelsorglich zu erfassen».⁴³ Beichte ist also ein Instrument der Seelsorge. Im Zusammenhang mit der Beichtpflicht, die ab dem 8. Jahrhundert eingeführt wird,⁴⁴ entsteht nach Isnard Frank auch die Pflicht zur Verschwiegenheit des Beichtvaters, die noch bis ins 13. Jahrhundert hinein teils umstritten war.⁴⁵

Die Praxis der *seelsorglichen* Begleitung der einzelnen Gläubigen ist aber erheblich älter und hat ihre Anfänge in der alten Kirche.⁴⁶ Die altkirchliche Seelsorge der Wüstenväter war bereits eine ausgeprägte Einzelseelsorge, die aber noch nichts mit der Beichte zu tun hatte. So finden sich in den *Apophthegmata*

⁴¹ Einzelstudien zum Seelsorgeverständnis relevanter Persönlichkeiten der Theologie- und Kirchengeschichte gibt es zahlreiche, wie die Literatur bei Steiger belegt (Johann Anselm Steiger, Seelsorge I. Kirchengeschichtlich, in: Theologische Realenzyklopädie, Bd. 31, Berlin/New York 2000, 7–31). Es fehlt indes jenseits von Lexika-Artikeln an Übersichtsarbeiten.

⁴² Isnard W. Frank, Beichte II. Mittelalter, in: Theologische Realenzyklopädie, Bd. 5. Berlin/New York 1980, 414–421, 414f.

⁴³ A. a. O., 418.

⁴⁴ A. a. O., 418.

⁴⁵ A. a. O., 419.

⁴⁶ Thomas Bonhoeffer, Ursprung und Wesen der christlichen Seelsorge, (Beiträge zur evangelischen Theologie, Bd. 95), München 1985; Steiger, Seelsorge.

patrum zwar reichlich seelsorgliche Weisungen zur Lebensführung und zur Vermeidung der Sünde, aber so gut wie keine zugesprochene Absolution: Diese hatte ihren liturgischen Ort in der alten Kirche noch im Gottesdienst.⁴⁷ Die Einzelseelsorge der Wüstenväter hatte vor allem den Charakter der Seelenführung, und in ihrem Zentrum stand die Weisung für das Leben angesichts der Sünde.⁴⁸

Charakteristisch ist für die altkirchliche Seelsorge ein therapeutisches Verständnis von Seelsorge, das diese in Analogie zur Arzneikunst versteht: Die Sünde ist eine Krankheit der Seele, die z. B. durch Zuspruch, Verheissung des Evangeliums und durch Fürbitte geheilt werden soll.⁴⁹ Seelsorge zielt darauf, das heilsame Handeln Christi im Leben der Gläubigen Wirklichkeit werden zu lassen.⁵⁰ Auch Gregor von Nazianz geht in einer Rede aus dem Jahr 362 von der Vorstellung aus, dass das pastorale Amt mit der geistlichen Heilkunst zu tun habe, also geistliche Therapie für die Seele sei.⁵¹ Entsprechend versteht er die Seelsorge in Analogie zur ärztlichen Heilkunst.⁵² Dabei ist aber die in der Seelsorge geschehende geistliche Therapie für Gregor in erster Linie das Werk Gottes. «Der Geistliche» – so schreibt Thomas Bonhoeffer über Gregor von Nazianz – «ist dabei nur Diener und Mitarbeiter.»⁵³ Darin spiegelt sich, was Johann Anselm Steiger schon bei Ambrosius ausformuliert findet, nämlich die Vorstellung von Christus als erstem Seelsorger.⁵⁴

Eben dieser Gedanke begegnet einem dann auch bei den Anfängen des Beichtinstituts in der *regula Benedicti*, die davon ausgeht, dass der Abt als Stellvertreter Christi für die Brüder im Kloster Sorge zu tragen hat wie der gute Hirte selbst. Zur Sorge gehört dabei dezidiert auch die Sorge für das geistliche Wohl, also die Seelsorge,⁵⁵ die damit wiederum an das Handeln Christi zurückgebunden wird. Die Institution der Beichte führt damit im Mittelalter das

⁴⁷ Bonhoeffer, Ursprung und Wesen, 112.

⁴⁸ Bonhoeffer, Ursprung und Wesen, 112; Steiger, Seelsorge, 9.

⁴⁹ Steiger, Seelsorge, 9; Bonhoeffer, Ursprung und Wesen, 137.

⁵⁰ Bonhoeffer, Ursprung und Wesen.

⁵¹ Gregor von Nazianz, Rede 1–20, (Bibliothek der Kirchenväter, Bd. 19/1), München 1928, 5–66.

⁵² Gregor von Nazianz, Rede, §§ 17–34.

⁵³ Bonhoeffer, Ursprung und Wesen, 143. Entsprechend verweist Gregor von Nazianz, Rede, in §§ 23–25 auf das Heilshandeln Jesu als Voraussetzung der seelischen Therapie.

⁵⁴ Steiger, Seelsorge, 9.

⁵⁵ Steiger, Seelsorge, 10.

geistlich-therapeutische Anliegen der altkirchlichen Einzelseelsorge auf eigene Art und Weise, stärker ritualisiert und formalisiert, fort.

Das gilt auch für die Reformation, insbesondere für die Beicht-Theologie und das Seelsorgeverständnis Luthers. Luthers reformatorische Einsicht war ja wesentlich die Einsicht in das unmittelbare Handeln Christi in der Vergebungszusage (*promissio*) der Beichte, die im Glauben (*fides*) angenommen wird.⁵⁶ Gerhard Ebeling hat dabei deutlich gemacht, dass für Luther der deutsche Begriff der Seelsorge mit dem Begriff des Predigtamtes korreliert und dass beide Begriffe gemeinsam die gesamte Wirklichkeit des *ministerium verbi divini* umreißen: Das Wort Gottes ist seinem Wesen nach für Luther also immer auch Seelsorge.⁵⁷ Entsprechend ist Christus als das menschengewordene Wort Gottes für Luther der ursprüngliche Seelsorger.⁵⁸

So zieht sich durch die Geschichte der christlichen Seelsorge im Allgemeinen und der Beichte im Besonderen offenbar die Vorstellung, dass in der Seelsorge Christus der Seelsorger ist und der Geistliche darum im Vollzug der Seelsorge zum Mitarbeiter Christi wird bzw. dass sich im seelsorgenden Handeln (und mehr noch Zuhören) das Handeln (und Zuhören) Christi am Gläubigen vollzieht. Offensichtlich gilt dies für die Beichte, in der sich das Beichtgeschehen zwischen Christus und dem Beichtenden abspielt, es gilt aber auch für die Seelsorge als therapeutisches Geschehen insgesamt.

Diese Vorstellung hat zwar nicht von Anfang an zu einer verbindlichen Regelung bezüglich der Verschwiegenheit des in Seelsorge und Beichte Anvertrauten geführt, aber sie trug wohl doch wesentlich dazu bei, dass sich ab dem 8. Jahrhundert mit der Einführung der Beichtpflicht zunehmend auch die Unverbrüchlichkeit des Beichtgeheimnisses durchsetzte. Dieses wäre dann, wie anhand des Textes von Dietrich Bonhoeffer ausgeführt, dadurch begründet, dass das, was in der Beichte an Schuld und Sünde thematisiert wird, allein Christus anvertraut wird, der auch Vergebung zuspricht und damit neues Leben ermöglicht. Der historische Überblick indes zeigt, dass dieses »therapeutische« Geschehen auch schon vor der Einführung der Praxis der Einzel-Beichte bereits im Zentrum der Seelsorge stand. Weil dieses Geschehen sich in erster Linie zwischen Christus und dem Glaubenden ereignet, ist

⁵⁶ Oswald Bayer, *Promissio. Geschichte der reformatorischen Wende in Luthers Theologie*. 2., durchges., um e. Vorw. erw. Aufl.; Reprograf. Nachdr. der 1. Aufl., Göttingen 1971, Darmstadt 1989.

⁵⁷ Gerhard Ebeling, *Luthers Gebrauch der Wortfamilie »Seelsorge«*, in: *Lutherjahrbuch* 61 (1994) 7–44.

⁵⁸ Steiger, *Seelsorge*, 13 unter Verweis auf WA 31/II, 311,12f.

der Seelsorger oder die Seelsorgerin hier nur mitwirkend tätig und hat, weil er oder sie nur eine mediale Funktion hat und nicht primärer Adressat dessen ist, was der Klient oder die Klientin mitteilt, kein Recht, dieses Wissen irgend-einem Menschen weiterzugeben. Das, was in Seelsorge und Beichte mitgeteilt wird, ist, *insofern* es Christus mitgeteilt wird, eben auch nur diesem anvertraut und dem Seelsorger oder der Seelsorgerin nur, insofern sie an Christi statt hört.

Während die Beichte dadurch charakterisiert ist, dass es in ihr exklusiv um das Bekennen der Sünden und das Empfangen der Vergebungszusage durch Christus geht, ist die Praxis der Seelsorge deutlich weiter gefasst. Aber auch die Seelsorge ist vom Zentrum der Beziehung zwischen Christus und dem Klienten bzw. der Klientin her zu verstehen, wenn man sie denn als ein im altkirchlichen Sinne therapeutisches Geschehen versteht. Von daher wäre die Verschwiegenheitspflicht in der Seelsorge abzustufen: Je weiter weg die Praxis der Seelsorge von diesem christologisch-soteriologischen Zentrum führt, desto weniger handelt es sich um eine genuin christliche Form der Seelsorge und desto mehr um eine ganz allgemeine Form von Lebensberatung und -begleitung. Desto weniger lässt sich auch für diese Praxis ein Geheimnisschutz beanspruchen, der über den Geheimnisschutz anderer vertraulicher Beratungssituationen hinausgeht. Desto mehr kann dementsprechend dokumentiert werden, desto mehr besteht dann aber auch ein Recht Dritter auf die Inhalte des Seelsorgegespräches zugreifen zu dürfen.

Ich erinnere in diesem Zusammenhang an den moralischen Sinn der Geheimhaltung, den ich ausgehend von Sissela Bok rekonstruiert habe, und die der so verstandenen Beichte und Seelsorge einen gesellschaftlich relevanten Ort zuweist: Geheimnisse sind Notwendigkeiten einer unvollkommenen Welt, in der unvollkommene und verletzbare Menschen miteinander leben, die als solche darauf angewiesen sind, nicht alles voneinander zu wissen, gerade weil sie mit Schuld leben. Beichte und Seelsorge ermöglicht in diesem Sinne ein Weiterleben mit geheim gehaltener Schuld, die nicht ans Licht der Öffentlichkeit dringen soll. In der Seelsorge kann diese Schuld Christus gegenüber thematisiert werden, wenn das Vertrauen besteht, dass der Seelsorgende, der hier an Christi statt zuhört und gegebenenfalls Vergebung zuspricht, absolute Verschwiegenheit gewährleistet.

5.3 Beicht- und Seelsorgegeheimnis

Die moderne deutschsprachige Seelsorgebewegung war nun allerdings wesentlich dadurch geprägt, dass sie das Seelsorgegespräch gegenüber einem traditionellen, von der Beichte ausgehenden Verständnis von Seelsorge absetzte.⁵⁹ Die Abwendung von einer Seelsorgelehre, bei der man eine einseitige Verankerung der theologischen Begründung im Verkündigungsauftrag wähnte – der kerygmatischen Seelsorgelehre Thurneysens⁶⁰ –, ging mit einem Misstrauen gegenüber einem theologischen Verständnis des Seelsorgegespräches einher. Allerdings wird Seelsorge auch bei Scharfenberg nach wie vor als therapeutisches Geschehen verstanden, weil Heilung als Sprachgeschehen konzipiert wird, das sich in der Seelsorge vollzieht.⁶¹ Die daran anschliessende, theologisch kontrovers zu diskutierende Frage ist, ob und wie die sich im menschlichen Handeln des Gespräches vollziehende Heilung auch theologisch als Handeln Gottes gedeutet werden kann.⁶²

Was in diesen Diskussionen nicht übersehen werden darf, ist, dass mit dieser theologischen Qualifizierung des Seelsorgegespräches auch der besondere Status der Verschwiegenheitspflichten auf Seiten der Seelsorgenden – und damit auch der besondere Schutz des in der Seelsorge Anvertrauten – infrage steht. Begreift man Seelsorge als einen Gesprächsprozess, der als «weltliches» Gespräch von einem «geistlichen» nicht zu unterscheiden ist,⁶³ so kann man für das seelsorgliche Gespräch auch keine begründet über das «weltliche» Gespräch hinausgehende Verschwiegenheitspflicht in Anspruch nehmen und auch nicht deren rechtlichen Schutz.

⁵⁹ Vgl. zum Folgenden insgesamt Martin Jochheim, *Die Anfänge der Seelsorgebewegung in Deutschland. Ein Beitrag zur neueren Geschichte der Pastoralpsychologie*, in: *Zeitschrift für Theologie und Kirche* 90 (1993) 462–493. Zur Abgrenzung gegenüber der Beichte Joachim Scharfenberg, *Seelsorge als Gespräch. Zur Theorie und Praxis der seelsorgerlichen Gesprächsführung*, (Handbibliothek für Beratung und Seelsorge), Göttingen 1972, 20: «Demgegenüber muß nun auf das deutlichste betont werden, daß man sich kaum einen größeren Unterschied wie den zwischen Gespräch und Beichte denken kann.»

⁶⁰ Eduard Thurneysen, *Die Lehre von der Seelsorge*, Zürich 1994. Vgl. dazu die Einschätzung bei Jochheim, *Anfänge der Seelsorgebewegung*, 491: «Die heilende Dimension einer echt verstehenden Beziehung kann von ihm [Thurneysen, M. C.] nicht als Teil des Evangeliums gewürdigt werden.»

⁶¹ Scharfenberg, *Seelsorge als Gespräch*, 35–43.

⁶² Jochheim, *Anfänge der Seelsorgebewegung*, 491: «Das komplexe Ineinander von göttlichem und menschlichem Handeln in der seelsorgerlichen Beziehung entzieht sich einer eindeutigen theologischen Bestimmung.»

⁶³ Jochheim, *Anfänge der Seelsorgebewegung*, 487f.

Will die Seelsorge einen besonderen Schutz der Verschwiegenheit in Anspruch nehmen, so läge es im Anschluss an die Tradition der kirchlichen Seelsorge nahe, davon auszugehen, dass es ein christologisch zu qualifizierendes Zentrum der Seelsorge gibt, weil sich im Seelsorgegespräch eine therapeutische Beziehung zwischen Christus und dem Klienten bzw. der Klientin vollziehen kann, für die die Seelsorge den Ermöglichungsraum bietet. Geht man von der altkirchlichen Praxis der Einzelseelsorge und der späteren Praxis der Beichte aus, so ist dies immer dann der Fall, wenn es in der Seelsorge um das Leben mit Sünde und Schuld und um Vergebung von Sünde und Schuld geht. Das wäre zum Beispiel auch und gerade dann der Fall, wenn es um moralische Fragen geht, wie z. B. dem Umgang mit einem in der Vergangenheit geschehenen Ehebruch, aber möglicherweise auch bei moralischen Fragen, die sich auf Behandlungsentscheidungen beziehen. Der Umgang mit Sünde und Schuld, die Frage des Schuldigwerdens durch moralisch fragliche oder auch moralisch nicht eindeutig zu bewertende Entscheidungen, ist das – in traditionellen theologischen Termini ausgedrückt – soteriologische Zentrum der heilsamen Beziehung zwischen Gott und Mensch in Christus.⁶⁴ Die Themen, die sich an dieses soteriologische Zentrum des Seelsorgegesprächs angliedern, unterliegen einer kategorischen Verschwiegenheitspflicht, weil sie nicht allein dem Seelsorger oder der Seelsorgerin anvertraut werden, sondern Christus. Das aber bedeutet auch, dass sie nicht dokumentiert werden dürfen. Dabei geht es in besonderer Weise um Fragen von Schuld und moralischer Verfehlung, für die Vergebung gesucht wird.

6 Fazit: Grenzen der seelsorglichen Verschwiegenheit

Aus diesen Ausführungen ergibt sich ein System abgestufter Verschwiegenheitspflichten, das mit unterschiedlichen Möglichkeiten der Dokumentation korreliert. Ob und inwieweit diese auch rechtlichen Regelungen entspricht und die Verschwiegenheit schützt, ist eine davon zu unterscheidende Frage.

1. Grundlegend ist die allgemeine berufliche Verschwiegenheitspflicht (das Berufsgeheimnis): Sie gründet in der Notwendigkeit, dass im Rahmen

⁶⁴ Dass sich das Thematisieren von Schuld im Gegenüber zu Christus ereignet, hängt nicht am Glauben des Klienten oder der Klientin, sondern ist eine Überzeugung, die die Praxis der christlichen Seelsorge selbst trägt. Darum gilt diese Verschwiegenheitspflicht auch dann, wenn Seelsorge an Menschen anderer oder gar keiner Religion geschieht. Es geht darum, dass sich im Handeln des Seelsorgers bzw. der Seelsorgerin Christus zu den Klientinnen und Klienten in Beziehung setzt.

bestimmter Berufe von den Klienten Geheimnisse anvertraut werden müssen, damit diese Berufe in deren Interesse handeln können. In dieser Perspektive ist die Seelsorge anderen Berufen gleichgestellt. Dieses Berufsgeheimnis kann im Rahmen einer gemeinsamen Teamarbeit aufgehoben werden, sofern das Team insgesamt einer Verschwiegenheitspflicht unterliegt. Entsprechend kann dann auch dokumentiert werden. Sie kann aber auch aufgehoben werden, wenn hochrangige andere moralische Güter bedroht sind.

2. Schon innerhalb des Berufsgeheimnisses kann man aber meines Erachtens unterscheiden zwischen dem, was gegebenenfalls im Team mitgeteilt werden sollte, und dem, was jemandem exklusiv in der besonderen Rolle des eigenen Berufes anvertraut wurde und das darum nicht an das Team weiterzugeben und auch nicht zu dokumentieren ist. Unterscheidungskriterium könnte hier die Frage danach sein, was mit Blick auf das gemeinsame Ziel des palliativen Behandlungsteams relevant ist, im Gegensatz zu dem, was mit Blick auf das charakteristische Ziel der eigenen Tätigkeit relevant ist. Wenn immer möglich, sollte hier im Einzelfall mit der Klientin bzw. dem Klienten geklärt werden, was an das Team weitergegeben wird.

3. Der weiterreichende Charakter des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses setzt an eben diesem Punkt an: Der besondere theologische Charakter des *Seelsorgegesprächs* liegt in seinem soteriologischen Zentrum, in der heilenden Wirkung der sich im Gespräch vollziehenden Begegnung mit Christus. Mit Blick auf die Kommunikation über Schuld und Verfehlungen ist der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin Gesprächspartner an Christi statt. Darum gilt das, was ihm bzw. ihr in diesem Rahmen anvertraut wird, letztlich als Christus anvertraut und unterliegt darum einer kategorischen Verschwiegenheitspflicht, selbst gegenüber der weltlichen Gerichtsbarkeit, ausser die Klientin oder der Klient entbindet den Seelsorger oder die Seelsorgerin als Mitwissende von dieser Verschwiegenheitspflicht.

4. Das gilt in besonderer Schärfe für die Praxis der Beichte, die ihren Sinn ausschliesslich darin hat, dass Schuld vor Christus bekannt und Vergebung durch Christus zugesagt wird. Das, was im allgemeinen Seelsorgegespräch das theologische Zentrum des Gesprächs bildet und eine besondere Verschwiegenheit begründet, ist hier der alleinige Inhalt des Geschehens. Darum ist das Beichtgeheimnis unverbrüchlich zu wahren.

Die Schwierigkeit, die sich damit ergibt, dürfte klar sein: Nicht alles in einem Seelsorgegespräch unterliegt im gleichen Mass der Verschwiegenheitspflicht. Die Grenze verläuft mitten durch das Gespräch hindurch. Diejenigen

Aspekte des Gesprächs, die nach Ermessen des Seelsorgers oder der Seelsorgerin grundsätzlich dokumentierbar sein könnten, sollten allerdings immer, wenn irgendwie möglich, nur in Rücksprache mit den Betroffenen dokumentiert werden. Wobei sich dies natürlich so oder so nur auf Sachlagen bezieht, die überhaupt geheim, und nicht öffentlich sind. Von daher wird man zum Beispiel das Stattfinden eines Gesprächs im Rahmen einer Palliativstation ohne weiteres dokumentieren können.⁶⁵ Dass aber nicht alles, sondern unter Umständen nur einiges dokumentiert werden darf, stellt für die Frage danach, was es bedeutet, wahrhaftig zu dokumentieren, eine nicht unerhebliche Herausforderung dar, die einer eigenen ethischen Reflexion bedarf.

Zusammenfassung: Der Beitrag fragt nach theologischen Begründungsmöglichkeiten für die von kirchlicher Seite auferlegten Verschwiegenheitspflichten in Beichte und Seelsorge. Als allgemeiner, moralischer Sinn von Praktiken der Geheimhaltung wird ausgehend von der Arbeit der Philosophin Sissela Bok identifiziert, dass Geheimhaltung eine gesellschaftlich notwendige Praxis ist, die es verletzlichen und aneinander schuldig werdende Personen ermöglicht, in einer Gesellschaft miteinander zu leben. In theologischer Perspektive fragt der Beitrag ausgehend von Dietrich Bonhoeffers Beichtverständnis danach, was an Beichte und Seelsorge eine besondere Verschwiegenheitspflicht im Vergleich zu anderen Formen der Geheimhaltung (z. B. allgemeines Berufsgeheimnis) begründen könnte. Unter Rekurs auf theologiegeschichtliche Arbeiten zu Praxis von Seelsorge und Beichte wird die These vertreten, dass die Verschwiegenheitspflicht in Seelsorge und Beichte ihren Grund darin hat, dass es um die heilsame (und in diesem Sinne «therapeutische») Begegnung mit Christus geht, die es ermöglicht mit Schuld weiterzuleben. Das, was in Seelsorge und Beichte Christus anvertraut ist, ist aber nur diesem anvertraut und unterliegt darum auf Seiten der Seelsorgenden einer Geheimhaltungspflicht. Von daher wird ein System abgestufter Verschwiegenheitspflichten in Beichte und Seelsorge entwickelt.

Abstract: The article asks for theological justifications for the confidentiality obligations imposed by the church in confession and pastoral care. Based on the work of the philosopher Sissela Bok, as a general moral sense of practices of secrecy is identified, that secrecy is a socially necessary practice that enables vulnerable and guilty persons to live together in a society. From a theological

⁶⁵ Vgl. Coors/Haart/Demetriades, Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis.

perspective, the article asks, grounded on Dietrich Bonhoeffer's understanding of confession, why confession and pastoral care could justify a special duty of confidentiality in comparison to other forms of confidentiality (e. g. general professional secrecy). With reference to theological-historical studies on the practice of pastoral care and confession, the thesis is put forward that the duty of secrecy in pastoral care and confession has its reason in the fact that it is about the salutary (and in this sense «therapeutic») encounter with Christ, which makes it possible living on with guilt. That which is entrusted to Christ in pastoral care and confession, however, is entrusted only to him and is therefore subject to a duty of secrecy on the part of the pastoral workers. For this reason, a system of graded secrecy obligations in confession and pastoral care is being developed.

Seelsorgegeheimnis und Beichtgeheimnis

Historische Perspektiven, gegenwärtige Überlegungen

David Neubold

1 Was will der Beitrag?

1.1 Seelsorgegeheimnis und Beichtgeheimnis – erste Zugänge

Seelsorgegeheimnis und Beichtgeheimnis gehören in unserer Kultur-, Religions- und Rechtsgeschichte eng zusammen. Beide sind zwar unterschieden, jedoch auch eng miteinander verzahnt. Im alltäglich-praktischen, kirchlichen und rechtlichen Sprachgebrauch scheinen die Konzepte manchmal ineinander überzugehen. Sie treten gerne als Zwillingsspaar in Erscheinung, z. B. in der Rede von «Beicht- und Seelsorgegeheimnis».¹ Gewiss, dahinter steckt innerer Zusammenhang, manchmal jedoch stärker Unsicherheit, seltener aber auch etwas an Strategie.

Das Beichtgeheimnis ist das strenger normierte, moraltheologisch ausgefeiltere Konzept. Es ist klar formuliert und zudem formalisiert. Handelt es sich bei ihm, theologiegeschichtlich, um den erstgeborenen Zwilling? Das ist schwer zu beantworten, denn das Beichtgeheimnis, als Beichtsiegel bzw. lat. *sigillum confessionis* bezeichnet, hat sich erst im Laufe der Geschichte herausdestilliert. Es wurde aber zugleich seit dem Hochmittelalter als «Überbietung aller Geheimnisse» angesehen. Die Ohrenbeichte hatte sich mit ihm als eine eigenständige sakrale Sphäre etabliert. Dabei färbte das *sigillum confessionis* dann auf andere Bereiche ab, hat diese weiterentwickelt und unterstützt. Die Krankenhausseelsorger Sue Wintz und George Handzo beschrieben diesen Mechanismus eindrücklich für den heutigen Spitalskontext, in welchem Vorstellungen des Beichtgeheimnisses nach wie vor stark präsent sind.² Das birgt zumal Gefahren. Es handelt sich um eine historische «Alt-Last», die etwas

¹ Zu einer solchen Wortkonstellation in der Formulierung vgl. den Untertitel, in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Zeugenaussage, Zeugnisverweigerungsrecht und Schweigepflicht. Ein juristischer Leitfaden für Seelsorger zum Schutz des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses (Arbeitshilfen 222), Bonn 2008.

² Sue Wintz/George Handzo, Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge, in: Wege zum Menschen 67 (2015), Heft 2, 160–164, 160–161.

unspezifisch weiterwirkt. In Tiefenschichten ist das Beichtgeheimnis recht präsent.

Vorliegender Beitrag will sich auch die Verhältnisbestimmung der beiden in der Überschrift angesprochenen Konzepte etwas näher ansehen, um damit einen konstruktiven Diskussionsbeitrag zur Verfügung zu stellen. Dabei bildet der historische Blick auf das Beichtgeheimnis einen Schwerpunkt. Das Ergebnis dieses Beitrags wiederum könnte für die Fragestellung von «Documentation klinischer Seelsorge» wichtige Punkte liefern, die in diesem Band zur Debatte steht. Denn das Seelsorgegeheimnis ist wie ein Schattenspiel, das in fast allen Diskussionen zu jener Thematik auftaucht, aber wenig greifbar wird. Die meisten an der Diskussion Beteiligten meinen zu wissen, was es ist, sie haben einen intuitiv positiven Zugang zu dieser Form der Geheimhaltung. Das birgt Chancen wie jene der Vorsicht und diejenige der Diskretion, aber auch Risiken – gerade auch jenes Risiko, sich breitwillig und angenehm hinter einem Schlagwort zu verschanzen. Solches Denken und Agieren erweist sich noch dazu über die Seelsorge hinaus als anschlussfähig, läuft aber Gefahr, die Seelsorge zu «musealisieren», ihr einen distinkten, statischen Ort zuzuweisen. Dem Denkmalschutz nicht ganz unähnlich, werden spirituelle Ausdrucksformen und Dynamiken von aussen her versteinert, sodass eine Weiterentwicklung (von liturgischen Räumen und Krankenhausseelsorge) sich als schwierig erweist.

1.2 Einbettung des Beitrags und sein Aufbau

Für den Beitrag ist auf den Kontext zu achten, in welchem diese Zeilen entstanden. Seine Fragehorizonte und der Sitz im Leben sind auszuleuchten. Es sind zuvorderst jene Fragen: Wie kam es eigentlich zu der Selbstverständlichkeit des Seelsorgegeheimnisses, und zwar über die engeren Mauern der kirchlichen Gefilde hinaus? Wie ist die Säkularisierungsresistenz zu verstehen, d. h. dass diese Vorstellung von Geheimhaltung das institutionell stark aufgestellte Christentum (in Europa) quasi überlebt hat, und in den Köpfen der Menschen als *datum*, als «gegeben», weiterwirkt? Es fällt zuallererst auf, dass viele Studien zur hier behandelten Frage, spezifischer zum Beichtgeheimnis, schon weit zurückliegen.

Historiografie von Sakramenten und ihren vielfältigen Implikationen und Facetten ist heute wenig attraktiv. Es sind eher Soziologen, die sich dafür interessieren. Dabei waren Sakramente kulturprägend und rechtlich sowie ideell höchst relevant. Kurtscheids letzter Satz seiner Studie zum «Beichtsiegel» aus 1912 resümiert für unseren Kontext:

«Die Anerkennung des kanonischen Rechts von seiten des mittelalterlichen Staates bewirkte, dass auch die weltliche Macht die Unverletzlichkeit des Beichtsiegels anerkannte und schützte. Der Einfluss der Reformation sowie der französischen Revolution haben hieran wenig geändert, und so tragen auch heute die meisten modernen Gesetzgebungen in mehr oder minder vollkommener Weise der strengen Schweigepflicht des Beichtvaters Rechnung.»³

Dieses Fazit des Franziskanerpaters Kurtscheid, unstrittig apologetisch durchzogen, gilt heute noch, obschon das «Beichtsiegel» jüngst staatlich, z. B. in Australien oder in Frankreich, stärker zur Disposition steht.

Andererseits ist das Beichtgeheimnis beileibe nicht überall «angefochten», und wie gesagt, das Seelsorgegeheimnis noch viel weniger. Wie kam es also zu dieser kulturellen Plausibilität, die sogar so weit reicht, dass das Seelsorgegeheimnis von «Gegnern» kirchlicher Akteure gegen sie selbst in die Waagschale geworfen wird? So geschehen in der «Loewy-Debatte» vor einigen Jahren nach dem Schema: Seelsorger dürfen nicht in klinische Teams integriert werden, weil sie ja einer weitreichenden Geheimhaltungspflicht unterworfen sind und somit nicht interprofessionell dokumentieren, d. h. am Patientendossier mitarbeiten bzw. -schreiben, können.⁴ Sofort zeigt sich darin, dass, wenn Geheimnisse im Spiel sind, Machtfragen nicht allzu weit sind.

Zu kurz würde es aber greifen, in der einen oder anderen Form jenen Macht-Aspekt zu verabsolutieren. Das taten für die Beichte und das Beichtgeheimnis Historiker wie Charles H. Lea und Soziologen à la Michel Foucault. Bei der Geheimhaltung geht es um mehr, nämlich um menschliche Integrität, Selbstthematisierung und «gespiegelte» Individualität. Institutionen und Strukturen sind zudem dazu da, diese Momente zu ermöglichen, ja aufscheinen zu lassen.⁵ Und schlussendlich schälte sich im Vorfeld dieses Beitrags folgende Frage heraus: Welche Bedeutung hat das Beicht- und Seelsorgegeheimnis in einer Zeit wie der unseren, die von einer strukturellen Auflösung der Privatsphäre geprägt ist? Genannten Selbstverständlichkeiten, die eng mit der westlichen Geschichte verknüpft sind, und den neuen Herausforderungen möchte

³ Bertrand Kurtscheid, *Das Beichtsiegel in seiner geschichtlichen Entwicklung*, Freiburg i. Br. 1912, 180.

⁴ Vgl. dazu das Medizinerhepaar Roberta Springer Loewy/Erich H. Loewy, *Healthcare and the Hospital Chaplain*, in: *Medscape General Medicine* 9/1 (2007) [e-Journal], und als Antwort darauf nur die des Seelsorgers David B. McCurdy, *Chaplains, Confidentiality and the Chart*, in: *Chaplaincy Today* 28/2 (2012) [e-Journal].

⁵ Vgl. dazu Beitrag von Ralph Kunz in diesem Band, 199–218.

der Beitrag etwas nachgehen. Eine bescheidene Antwort auf die zuletzt gestellte Frage wird ganz am Schluss versucht.

2 Institutionalisierung von religiösen Freiräumen und die Sakralisierung ihrer Verantwortungsträger

Selbstverständlich gibt es Vorstellungen zum Umgang mit Geheimnissen auch ausserhalb der westlichen Kulturgeschichte und vor dem Zeitpunkt, wo das Christentum die Bühne der Weltgeschichte betreten hat. Im Sinne des Personen- und Patientenschutzes kennt bereits der Hippokratische Eid eine Pflicht zur Geheimhaltung. Und dazu kommt, dass auch innerhalb der westlichen Kulturgeschichte Geheimnisse wie das Bank- und Briefgeheimnis Eingang fanden. Bei diesen liegt ein Einfluss der hier vorgestellten Debatten rund um die Beichte nicht auf der Hand. Trotzdem soll an dieser Stelle die These mitbedacht werden, dass die Ausbildung des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses eine wichtige katalytische Funktion für die Schaffung von Freiheitsräumen, auch anderer Berufsgruppen, sowie für die Entwicklung von westlicher Individualität innehatte. Dass aber andererseits das Geheimnismanagement problematische Schattierungen zeitigte und dass im hier speziell betrachteten Fall es immer wieder zu steilen Begründungszusammenhängen kam, die z. B. Gott vorschnell im Kurzschlussverfahren und übermässig beanspruchten, wird sich ebenfalls zeigen. Die Sakralisierung von Verantwortungsträgern im Umfeld der Beichte ist alles andere als unproblematisch.

Näher in den Blick genommen werden im Folgenden das 13. Jahrhundert, welches der grosse Juristenpapst Innozenz III. inauguriert, das 16. Jahrhundert, welches im Schatten der Reformationen und der Konfessionalisierung stand, sowie das 19. Jahrhundert, das sich religionsgeschichtlich im kirchlich-defensiven Nachgang zur historischen Wasserscheide der Französischen Revolution präsentierte. Sie sind Zeitabschnitte von zum Teil intensiven Verrechtlichungsprozessen. Die drei genannten Jahrhunderte waren wichtige Zeitspannen in der Formierung des Verständnisses und in der Durchsetzung des Beichtgeheimnisses. Mit diesen wird exemplarisch verdichtet. An dieser Stelle mag dieser Durchgang aber als grosser illustrierender Rahmen für das 2. Jahrtausend unserer Zeitrechnung dienen. Über einen Blick in die Konziliengeschichte wird die Genese des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses näher unter die Lupe genommen.

2.1 Das IV. Lateranum – «*omnis utriusque sexus fidelis*»

Das IV. Laterankonzil Anfang des 13. Jahrhunderts steht unter einem speziellen Anspruch. Es läutet gewissermassen eine neue Zeit ein. Ein dichter Reformprozess im Hochmittelalter lässt sich an ihm ablesen. Das Konzil ist nämlich Motor für mannigfaltige kirchliche und gesellschaftliche Reformen. Der Wille, die Kirche neu aufzurichten und eine durch und durch christliche Gesellschaft zu formen, ist omnipräsent. Dazu befinden wir uns an der Geburtsstunde der Bettelorden. Das kirchliche Leben sah sich insgesamt in einer grossen Krise. Der Jesuit Peter Browe hält in seiner Studie zur Pflichtbeichte fest:

«Im großen und ganzen lag die Seelsorge, wie wir sie heute verstehen, im Mittelalter sehr im Argen. Besonders in der früheren Zeit waren die Pfarreien zu groß, als daß sie hätten gut versorgt und die Beichten fleißig gehört werden können. Köln z. B. bildete mit seinem umliegenden Gebiet bis ins 11. Jahrhundert hinein einen einzigen Seelsorgebezirk [zur Zeit des IV. Lateranums 9.000 Pfarrangehörige, DN].»⁶

Köln war nicht nur irgendeine Stadt, sondern eine Grossstadt der Zeit und eine der grössten Städte des christlichen Europas – mit nur einer Pfarrei. Gerade die Bettelorden werden in der Seelsorge für urbane Räume später eine wichtige Stellung einnehmen.⁷ Ihr pastorales Wirken, die *cura animarum*, wird im städtischen Bereich bedeutsam sein, weil das aufstrebende Bürgertum im urbanen Umfeld die unabhängigeren Mendikantenorden schätzte.

Nicht nur überschaubare christliche Eliten (z. B. die Mönche in den Klöstern als religiöse «Experten»), sondern das ganze Volk sollte nun fundamental «verchristlicht» werden. Eine «uniform order for all» wurde auf dem Lateranum in den Blick genommen, ein «zeal for order» machte sich bemerkbar.⁸ Dazu wurde ein dichtes Programm formuliert. Es ist wohl nicht ohne Grund, dass in diesem Umfeld erstmals allgemein die Beichtpflicht eingefordert

⁶ Peter Browe, Die Pflichtbeichte im Mittelalter, in: Zeitschrift für katholische Theologie 57/3 (1933) 335–383, 362–363.

⁷ Romanus Cessario, Early Dominican Confessional Practice, in: New Blackfriars 75/885 (1994) 425–428.

⁸ Roshnee Ossewarde-Lowtoo, From Axial Spirituality to Laissez-faireism: A Genealogy of the Disembedding of the Economy in Charles Taylor, in: Schweizerische Zeitschrift für Religions- und Kulturgeschichte 113 (2019) 151–168, 155: «The decrees of the Fourth Lateran Council in 1215 manifest this disenchantment and the dark sides of the urge to establish one uniform order for all [...] It is perhaps not surprising that such zeal for order was followed by laxity, to which successive reformers reacted.»

wurde. Eng an die Osterkommunion angebunden war sie bei Nichtbeachtung mit strengsten Sanktionen belegt:

«Alle Gläubigen beiderlei Geschlechts [omnis utriusque sexus fidelis, DN], die die Volljährigkeit erreicht haben, bekennen ihrem Pfarrer mindestens einmal im Jahr getreu und allein alle ihre Sünden und vollstrecken die ihnen auferlegte Buße nach ihren Möglichkeiten; jeder empfangen auch mit Ehrfurcht, mindestens zu Ostern, das Sakrament der Eucharistie [...]. Andernfalls ist es ihm, solange er lebt, verwehrt, die Kirche zu betreten und – nach seinem Tod – als Christ begraben zu werden.»⁹

So legt es Kanon 21 des 1215 in Rom abgehaltenen Konzils fest. Lokalkirchliche Vorschriften, insbesondere in Frankreich, sahen bereits früher einen drei Mal im Jahr abzuhaltenden Kommuniongang vor. Insofern kann diese Bestimmung als ein Kompromiss gewertet werden: Einmal im Jahr zur Kommunion zu gehen, das ist ausreichend, aber dann auch hochgradig verpflichtend, ja unumgänglich. Ohne Zweifel kann aus dieser scharfkantigen Festlegung ersehen werden, dass der Sakramentenempfang – Kommunion wie individuelle Beichte – vor dem IV. Laterankonzil wenig stark ausgeprägt gewesen sein musste.

Einerseits werden so die «einfachen» Gläubigen auf Minimalstandards verpflichtet und sozial diszipliniert, andererseits wird das Profil des Priesters am Konzil deutlich aufgewertet. Er solle wie ein gelehrter Arzt walten. In diesem Zusammenhang wird der Priester als religiös-richterlicher Akteur auf das Beichtgeheimnis verpflichtet:

«Der Priester soll daher diskret und vorsichtig sein; wie ein erfahrener Arzt soll er Wein und Öl (vgl. Lukas 10,34) über die Wunden des Verletzten giessen und sich gewissenhaft über die Umstände des Sünders und der Sünde informieren; davon ausgehend kann er dann in kluger Weise verstehen, welchen Rat er geben und

⁹ «Omnis utriusque sexus fidelis, postquam ad annos discretionis pervenerit, omnia sua solus peccata confiteatur fideliter, saltem semel in anno proprio sacerdoti, et iniunctam sibi poenitentiam studeat pro viribus adimplere, suscipiens reverenter ad minus in pascha eucharistiae sacramentum [...]; alioquin et vivens ad ingressu ecclesiae arceatur et moriens christiana careat sepultura.» Josef Wohlmuth/Giuseppe Alberigo (Hg.), *Conciliorum oecumenicorum decreta/Dekrete der ökumenischen Konzilien*, Bd. 2 (Konzilien des Mittelalters), Paderborn 2000, 245 (eigene Übersetzung).

welches Mittel er beibringen soll, jeweils andere Zugänge zur Heilung der Kranken erprobend.»¹⁰

Das hält nun Kanon 21 methodisch differenzierend fest und das Konzil sieht in der Beichte ein mögliches Heilmittel.¹¹ Ein Dreischritt kristallisiert sich darin heraus: Erfragung des Vorgefallenen, Einschätzung der Situation und Rat für die Zukunft. Darüber muss, und das ist für unseren Zusammenhang wichtig, strengstes Stillschweigen gelegt werden:

«Er [der Priester, DN] hüte sich in absoluter Weise davor mit Worten, Zeichen oder auf welche Art und Weise auch immer, die Identität des Sünders zu offenbaren. Wenn er [der Priester, DN] den Rat eines klügeren Menschen braucht, bitte er ihn darum mit Bedacht, ohne die Person zu erwähnen: Denn wer es wagt, eine ihm in der Beichte offenbarte Sünde zu enthüllen, dem ordnen wir an, dass er nicht nur aus seinem Priesteramt entlassen werden, sondern dass er in strenger Obhut in einem Klostergefängnis eingesperrt werden soll, um für immer Buße zu tun.»¹²

Klöster erfüllten, wie dabei zu ersehen ist, im Laufe der Geschichte sehr unterschiedliche Aufgaben... Aber darum geht es hier nicht.

Mindestens drei Dinge fallen hier auf. Einerseits vergleicht das Konzil, welches den Priestern insbesondere aus «Reinheitsgründen» das Medizinstudium sowie chirurgische «Nebentätigkeit» verwehrt, mit einem Arzt.¹³ Die

¹⁰ «Sacerdos autem sit discretus et cautus, ut more periti medici superinfundat vinum et oleum vulneribus sauciati, diligenter inquirens et peccatoris circumstantias et peccati, per quas prudenter intelligat, quale illi consilium debeat exhibere et cuiusmodi remedium adhibere, diversis experimentis utendo ad sanandum aegrotum.» Wohlmuth/Alberigo (Hg.), Conciliorum oecumenicorum decreta, 245 (eigene Übersetzung).

¹¹ Bernhard Schneider, Christliche Armenfürsorge. Von den Anfängen bis zum Ende des Mittelalters. Eine Geschichte des Helfens und seiner Grenzen, Freiburg i. Br. 2017, 205: «Dem Konzil ging es [...] darum, die geistlichen Heilmittel von Beichte und Kommunion bei Erkrankungen herauszustellen, die nicht gegenüber «natürlichen» Therapien durch Ärzte zu vernachlässigen seien.»

¹² «Caveat autem omnino, ne verbo vel signo vel alio quovis modo prodat aliquatenus peccatorem, sed si prudentiori consilio indiguerit, illud absque ulla expressione personae caute requirat, quoniam qui peccatum in poenitentiali iudicio sibi detectum praesumpserit revelare, non solum a sacerdotali officio dependendum decernimus, verum etiam ad agendam perpetuam poenitentiam in arctum monasterium detrudendum.» Wohlmuth/Alberigo (Hg.), Conciliorum oecumenicorum decreta, 245 (eigene Übersetzung).

¹³ Schneider, Christliche Armenfürsorge, 210: «Es war Klerikern seit dem IV. Laterankonzil von 1215 förmlich untersagt, als Ärzte tätig zu werden, was zunächst allerdings nur im Blick auf die chirurgische Praxis formuliert wurde, bei der unvermeidbar Blut

Beichte dient also einem ins Auge gefassten Heilungsgeschehen. Zweitens sticht heraus, dass die Geheimhaltungspflicht des Priesters grossgeschrieben wird, er aber zur «Anonymisierung» des Falles angehalten wird, so er denn Hilfe von aussen bedürfte. Ganz so hermetisch abgeschottet sind die Inhalte der Beichte dann auch wieder nicht.¹⁴ Dem Konzil geht es um professionelleres Funktionieren und strukturierte Abläufe. Der Kanon will Recht setzen und dabei die «narrative Integrität» einer Person schützen. Sachfragen, so der Priester sie nicht klären kann, dürfen anderen Experten unterbreitet werden. Und drittens: Die Androhung der Strafe für deviante Priester erweist sich genauso drastisch wie die vorher genannten Sanktionen für die Laien (als Beichtkinder). Ein immenser Anspruch verschafft sich Gehör, der Priester als Verantwortungsträger wird ungemein aufgewertet. Dabei präsentiert sich ein fein kommunizierendes Gefäss, das Laien und Kleriker gemeinsam ins Auge fasst. Isnard W. Frank formulierte es mit Bezug auf unsere Thematik so:

«Die Schweigepflicht des Beichtpriesters über das Bekenntnis des Pönitenten ergab sich mit innerer Notwendigkeit aus der Pflichtbeichte. Dem Pönitenten konnte auf die Dauer der Beichtzwang nur zugemutet werden, wenn ihm gegen Missbrauch Sicherheiten geboten wurden.»¹⁵

In anderen Worten kann gesagt werden: Verpflichtet man Menschen, wie es das Lateranum tat, dann muss man klugerweise Umsicht walten lassen. Bernhard Poschmann sprach von einer spezifischen «Korrelation» in Bezug auf das Beichtsiegel:

«Je mehr die Kirche aber die Gläubigen anhielt, ihr Gewissen mit all den großen und kleinen Verfehlungen rückhaltlos dem Priester zu eröffnen, und je mehr das ganze Bußwesen der Öffentlichkeit entzogen und eine Sache der privaten Übung wurde, um so mehr mußte vom Priester die Wahrung des Beichtgeheimnisses als

vergessen wurde. Das galt nun als unvereinbar mit der verlangten Reinheit eines Klerikers und besonders eines Priesters.»

¹⁴ Vgl. dazu die Studien von Alexander Murray, *Confession as a Historical Source in the Thirteenth Century*, in: *The Writing of History in the Middle Ages. Essays presented to Richard William Southern*, hg. R. H. C. Davis/J. M. Wallace-Hadrill, Oxford 1981, 275–322, neueren Druckdatums (mit weiteren Aufsätzen, auch zu Fragen der Beichte im Mittelalter): Alexander Murray, *Conscience and Authority in the Medieval Church*, Oxford 2015.

¹⁵ Isnard W. Frank, Art. Beichte II (Mittelalter), in: *Theologische Realenzyklopädie*, Bd. 5, Berlin 1980, 414–420, 419.

Korrelat des vom Sünder verlangten Vertrauens und selbstverständliche heilige Pflicht verlangt werden.»¹⁶

Bevor wir in der sehr erfolgreichen Geschichte des Beichtsiegels voranschreiten, muss noch festgehalten werden, dass vor dem erwähnten Laterankonzil sich allmählich ein wichtiger ideeller bzw. ritueller Wandel vollzog. Es war der Übergang von der «öffentlichen Beichte» hin zur privaten Ohrenbeichte. Bis zum 5. Jahrhundert n. Chr. trifft man die Ideen von Ohrenbeichte und Beichtgeheimnis gar nicht erst an. Busse ist da ein kirchlich-öffentlich rückgebundenes Geschehen, ein Akt, der kollektiv eingebunden ist. Vor der konstantinischen Wende war der Buss- und Versöhnungsakt zudem eine einmalige, nicht-wiederholbare Angelegenheit. Kurz: Die ganze Gemeinde litt bei Verfehlungen Einzelner mit.

Im 8. und 9. Jahrhundert kam es zu einer grösseren Änderung. Allmählich trat ins Bewusstsein, dass nur auf der Basis von Verschwiegenheit die Form der Ohrenbeichte Vertrauen geniessen konnte. Aus dem monastischen Umfeld, das sich als *ordo poenitentiarum*, d. h. als riesiger Bussorganismus verstand, wurde das Modell der Ohrenbeichte in die Breite des christlichen Volks getragen.¹⁷ Nicht mehr öffentliches Bekenntnis und Wiedergutmachung waren angesagt. Ein Transfer hin in einen geschützten privaten Rahmen (hin zu vier Augen bzw. Ohren) vollzog sich ganz allmählich. Die Gemeindeeinbindung des Bussakts fiel weg, Sünden wurden individuell verstanden und abgehandelt. Dazu gesellte sich ein verstärkter Blick auf die innerliche Sphäre und die Intentionen als Antriebskräfte der gebeichteten Verfehlungen sowie der *contritio* als innere Zerknirschung im Zustand der Reue.¹⁸ Die Pflichtbeichte wurde als Postulat immer stärker portiert.¹⁹ Für das 13. Jahrhundert gilt nach Isnard W. Frank:

«Im Spätmittelalter waren noch nicht alle mit dem Beichtgeheimnis zusammenhängenden Fragen restlos und einheitlich geklärt. Allerdings tendierten alle Lösungen in Richtung auf die unbedingte Geltung der Geheimhaltung. Durch die

¹⁶ Bernhard Poschmann, *Die abendländische Kirchenbuße im frühen Mittelalter*, Breslau 1930, 37.

¹⁷ Vgl. Thomas Lentjes/Thomas Scharff, *Schriftlichkeit und Disziplinierung. Die Beispiele Inquisition und Frömmigkeit*, in: *Frühmittelalterliche Studien* 31/1 (1997) 233–251, hier vor allem 244 und 245.

¹⁸ Vgl. nur Susan R. Kramer, «We Speak to God with our Thoughts». Abelard and the Implications of Private Communication with God, in: *Church History* 69 (2000) 18–40.

¹⁹ Peter Browe, *Die Pflichtbeichte im Mittelalter*, in: *Zeitschrift für katholische Theologie* 57/3 (1933) 335–383.

verbreitete Auffassung vom Bußsakrament als Mittel der Versöhnung des Einzelnen mit Gott (und unter Absehung des Bezuges zur kirchlichen Gemeinschaft) wurde diese Lösung erleichtert.»²⁰

Das IV. Laterankonzil und sein soeben skizzierter Kanon 21 waren ein wegweisender Schritt in diese Richtung: Die Geheimhaltungspflicht schuf einen geschützten Freiraum für den Pönitenten bzw. die Pönitentin, zugleich wertete sie die Stellung des Klerikers immens auf – und beförderte die Bedingung der Möglichkeit für spätere «Klerikalisierungsprozesse».

2.2 Das Konzil von Trient – Ausformung einer Konfession, Festhalten an der Tradition

Im Zeitalter der Reformationen wird die Pflichtbeichte infrage gestellt. Das Korsett der obligatorischen Beichte empfanden Gläubige reformierter Prägung als zu eng, zu professionalisiert und «aufdringlich». Obwohl der ehemalige Augustinermönch Martin Luther die Beichte wertschätzte, lehnte er die Pflichtbeichte als der Freiheit des Christenmenschen widersprechende Einrichtung entschieden ab. Andererseits entzogen viele Exponenten der Reformation der Beichte überhaupt den Charakter eines Sakraments. Reduktion und Reinigung war angesagt, man operierte mit der Lichtmetapher und erfand später die Epoche des «dunklen Mittelalters»²¹ – das IV. Lateranum gehörte dazu. Die diffizile biblische Fundierung der Beichte bot gute Gründe, das sehr spezifische, historisch gewachsene Buss-Institut infrage zu stellen. Insbesondere geschah das dort, wo biblische Grundlagen und Normierungen als für den christlichen Lebensvollzug zentral betrachtet wurden und die *ad-fontes*-Rufe erschallten. Das Konzil von Trient (1545–1563) formierte in diesem Umfeld eine neue Gestalt der katholischen Kirche – eine Konfessionskirche, wie es sie vorher nicht gab. Aus einer vielgestaltigen, pluralen Glaubensgemeinschaft wurde eine konfessionelle Einrichtung, die sich zur «Tradition» bekannte, die römische Zentrale aufwertete und das klerikale Element betonte. In der Geschichte sah sie nicht nur eine Dynamik des Abfalls und der Verfinsterung. Kreativ versuchte das Trienter Konzil an neue Dynamiken Anschluss zu finden und das Bestehende weiterzuentwickeln, so auch das Sakrament der Beichte.

²⁰ Frank, Art. Beichte, 419.

²¹ Vgl. dazu noch immer instruktiv Régine Pernoud, *Überflüssiges Mittelalter? Plädoyer für eine verkannte Epoche*, Zürich/München 1979.

In dieser Phase der Kirchengeschichte entstand ein neues Ordensinstitut, eine Vergemeinschaftungsform, die für das Beichtinstitut und das Beichtgeheimnis eine wesentliche Rolle spielen wird. 1540 wurde die Gesellschaft Jesu aus der Taufe gehoben. Mit einer vorerst antireformatorischen Speerspitze ist sie jedoch selbst in einen grösseren Reformstrom eingeschrieben. Dasselbe gilt für das Konzil von Trient, wenn dieses auch im Gegensatz zum zentralistischen Jesuitenorden der Zeit einen synodalen Weg verkörperte.²²

Dem Konzil und den Jesuiten war die Bedeutung der Sakramentenpastoral bewusst. Die Ohrenbeichte sah sich so quasi am Konzil erneut kanonisiert. Bestätigt wurde zudem das dazugehörige Beichtgeheimnis. Überhaupt wurden Aussagen des Laterankonzils positiv aufgegriffen und ein Anathema über jeden ausgesprochen, der zu behaupten wagte, dass die geheime Ohrenbeichte eine rein menschliche Erfindung sei, dass sie nicht bis an die Ursprünge der Kirche zurückreiche und keine göttliche, d. h. schriftliche Fundierung besässe oder dass sie auch von Laien vollzogen werden könnte. Daran sieht man, dass die katholische Kirche ihre institutionelle Verfassung eng an das Beichtgeheimnis knüpfte und es der zeitlichen Entwicklung, von der schon die Rede war, gewissermassen enthebt. Mit solchen Zugängen wird das Sakrament «ent-temporalisiert», es wird «sakralisiert», und in sich selbst begründet. Für die nachfolgende Epoche des tridentinischen Katholizismus vollzog sich dies mit grossem strukturellen Erfolg. Die Idee der Generalbeichte zeigt dies deutlich. Im Rahmen des antireformatorischen Zugriffs wird zugleich eine «negative Identität» aufgebaut, aber nicht nur diese allein.

Positiv nämlich führt das Konzil von Trient Linien des oben erwähnten, mehr als 300 Jahre älteren Laterankonzils fort. Dem Priester wird im Beichtgeschehen weiterhin eine besondere Stellung zugeschrieben. Beichtender bzw. Beichtende und Beichtthörer stehen wiederum in einem korrespondierenden, sich gegenseitig stützenden institutionellen Rahmen. Es geht in den Festlegungen nie nur um den sündigen und reuigen Laien, es geht aber auch nie nur um den Priester selbst, sondern um die Institution. Eben diese als Kirche verkörpert und verdichtet die Gestalt des Priesters. Die katholische Kirche zählt die Beichte seit dem Konzil von Trient zu ihren sieben verbrieften Sakramenten – interessant ist es, die Textgeschichte der Trienter Aussagen

²² Vgl. Paul Oberholzer, Diego Laínez come teologo del Concilio e la presenza gesuita nel concetto della sua identità, in: Lydia Salviucci Insolera (Hg.), *Immagini e Arte Sacra nel Concilio di Trento*. «Per istruire, ricordare, meditare e trarne frutti», Roma 2016, 85–100, hier: 100.

zu betrachten und wie vorsichtig die Konzilsväter in historischer Hinsicht letztlich argumentierten.²³

In der Konzeption eines Thomas von Aquin handelt der Priester in der Beichte an der Stelle Gottes. Deshalb dürfe er das ihm Gesagte nicht weiterverwenden, weil dieses über sein Ohr nicht ihm, sondern direkt Gott gegenüber anvertraut wurde – selbst wenn es sich um Häresien handle.²⁴ So ist der Priester ebenso dem Pönitenten gegenüber in weiterer Folge zur Verschwiegenheit und Geheimhaltung verpflichtet. Der Priester wird in dieser Entwicklung noch stärker zu einer eigenständigen Rechtsperson. Als richterliche Figur – neben seiner als ärztlich gezeichneten Praxis – gestaltet er Prozesse, die sich in einem geheimen, d. h. nicht-öffentlichen und somit für den Beichtenden bzw. die Beichtende in einem geschützten Raum abspielen. In einem liturgischen Umfeld wird nach Trient der Beichtstuhl mit Beichtgitter dafür zum sinnfälligen Ausdruck. An und mit diesem künstlich geschaffenen Ort, der in seiner barock-verspielten Variante bis heute das Sakrament versinnbildlicht, wird die Beichte und mit ihr das Beichtgeheimnis nach Trient verdichtet. Das Geheimnis bekommt einen Ort, auf den im Idealfall von aussen nicht zugegriffen werden kann. Diese Feststellung gilt in erster Linie für die katholische Kirche und die Kultur, die sie ausgebildet hat.

Bis heute lassen sich konfessionsspezifisch unterschiedliche Zugänge zum Seelsorgegeheimnis in staatskirchenrechtlichen Zusammenhängen feststellen. Erfährt das Seelsorgegeheimnis in Ländern mit vormals katholischer Prägung, wie etwa Österreich, eher eine Bestimmung und Füllung, die vom in Trient bestärkten Beichtgeheimnis herrührt,²⁵ so wird das Seelsorgegeheimnis in Ländern mit reformierter Tradition wie der Schweiz tendenziell dem Berufsgeheimnis zugeordnet (§ 321 des Strafgesetzbuches). In beiden Fällen wird es, wenn auch unterschiedlich, geschützt, in beiden Zugängen steht historisch

²³ Ernest F. Latko, Trent and Auricular Confession, in: *Franciscan Studies* 14/1 (1954) 3–33.

²⁴ Pierre-Marie Gy, Le précepte de la confession annuelle (Lateran IV, C. 21) et la détection des hérétiques: S. Bonaventura et S. Thomas contre S. Raymond de Peñafort, in: *Revue des sciences philosophiques et théologiques* 58/3 (1974) 444–450, vor allem 449, 450.

²⁵ Brigitte Schinkele, Beichtgeheimnis und geistliche Amtsverschwiegenheit aus kirchen-, straf- und religionsrechtlicher Sicht, in: Brigitte Schinkele/René Kuppe/Stefan Schima/Eva M. Synek/Jürgen Wallner/Wolfgang Wieshaider (Hg.), *Recht. Religion. Kultur. Festschrift für Richard Potz*, Wien 2014, 775–804.

«der Beichttraktat» prägend im Hintergrund – trotz unterschiedlicher Interpretationen und Ausprägungen in der Konfessionalisierung des 16. Jahrhunderts.

2.3 Zuspitzungen im Umfeld der Kulturkämpfe: Beichtgeheimnis im 19. und 20. Jahrhundert

Im 19. Jahrhundert, dem sogenannten «zweiten konfessionellen Zeitalter» (Olaf Blaschke), rückt die Beichte und mit ihr das Beichtgeheimnis nochmals in den Mittelpunkt von gelehrten Diskursen sowie polemischen Auseinandersetzungen. Sie wird zu einem Stolperstein für den modernen liberalen Staat mit seinem umfassenden Anspruch und zur Zielscheibe antiklerikaler Politik und Polemik. Gegengleich wird das Beichtgeheimnis für die katholische Kirche ein zentrales Element ihrer Selbstbehauptung und Selbstvergewisserung. Im Kulturkampf gehen die Wogen hoch. Kirchliche Privilegien aus der Zeit des *ancien régime* und rechtliche Exemtionen, also Sonderstellungen, werden im Zuge der Entkirchlichung von Staat und Gesellschaft stärker hinterfragt – vorerst freilich in erster Linie von den neuen liberal-bürgerlichen Eliten.

Bleiben wir aber noch kurz im 19. Jahrhundert, in dem das I. Vaticanum (1869/70), trotz markantem innerkirchlichen Widerstand, eine zentralistische klerikale Monarchie hervorbringt. Mehr als das Dogma der Unfehlbarkeit schien vielen theologisch der rechtlich beanspruchte Jurisdiktionsprimat als bedenklich. Als monarchistische Antwort auf den demokratisch-liberalen Zeitgeist stiess diese Geisteshaltung mitsamt ihren juristisch kantig formulierten Ansprüchen auf handfesten Widerspruch. Dabei darf nicht vergessen werden, dass das Papsttum und die katholische Kirche unter enormen Druck gesetzt wurden. Die Anfeindungen erwiesen sich als massiv und gezielt. Es sei hier nur erwähnt, dass es mit der Französischen Revolution zu einem der grössten Besitztransfers in der Geschichte überhaupt und dass der Kirchenstaat 1870 gewaltsam an ein Ende kam. Vom Zeitalter der Säkularisationen ist die Rede – ehemals kirchliche Räume, und zwar im weitesten Sinne, wurden anders genutzt und sahen sich oft gewaltsam transformiert.

Oftmals steht in solchen Prozessen das Beichtgeheimnis zur Disposition. Dieses wird angeschwärzt, sei es aus bösem Willen, sei es weiter, dass dies in echter Sorge um Personen der Fall war, die sich hier in einem sichtlichen Autoritätsverhältnis ohne Transparenz und Schutz befanden, sei es, dass sogar wachsender Einfluss der Kirche wie etwa im viktorianischen England befürchtet wurde, wo die katholische Kirche im 19. Jahrhundert zu einer

gewissen Anerkennung gelangte.²⁶ Analog zu den vorher präsentierten Jahrhunderten lässt sich auch in jener Epoche der Kirchengeschichte ein Ordensfrühling verzeichnen, vor allem in Frankreich. Mit den Ordensgemeinschaften, die direkt Rom verpflichtet sind, wird ein Zentralismus gestärkt, der eine erstaunliche Lebendigkeit an den Tag legte. In dem theologischen Schulsystem der Zeit *par excellence*, der Neoscholastik, wird das Beichtgeheimnis intellektuell verteidigt. Ordensmänner sind hier an vorderster Front ausfindig zu machen. Sie sind es auch, die seit dem 13. Jahrhundert die Praxis der Beichte prägten.

Das Aufschlagen eines wichtigen deutschsprachigen Lexikons der Zeit, nämlich *Wetzer und Welte's Kirchenlexikon*, kann dabei unseren Blick schärfen. Das Beichtinstitut wurde darin in voller Länge ausgefaltet und durchdacht – wie später wohl nicht mehr. Das geschah mittels eines recht unhistorischen, jedoch beeindruckend systematischen Zugriffs. Analog zum Konzil von Trient wurden Voraussetzungen entworfen, festgelegt und dann deduktiv durchgespielt. Prinzipiell fanden sich so drei Arten von Geheimnissen unterschieden: *secretum naturale* (naturrechtliches Geheimnis), *secretum promissum* (versprochenes Geheimnis) sowie *secretum commissum* (anvertrautes Geheimnis in einem speziellen Rahmen und Kontext). Eine weitergehende Abstufung zeichnet zugleich den dritten Bereich aus: Beim *secretum commissum* haben wir es gemäss Lexikon mit einem vertragsähnlichen Zustand zu tun, der an spezifische Situationen und Bedingungen gebunden ist. So heisst es 1901 in *Wetzer und Welte's Kirchenlexikon*:

«Am strengsten bindet das Berufsgeheimniß, ein durch Quasicontract auferlegtes und übernommenes *secretum commissum* des Arztes, Geburtshelfers, Chirurgen, Advocaten, in Gewissensangelegenheiten befragten Theologen und Seelsorgers, da jede Verletzung desselben den betreffenden Stand und Beruf selbst um das für das öffentliche Wohl unumgänglich nothwendige Vertrauen bringen müßte.»²⁷

Eine sehr hohe Verbindlichkeit zur Geheimhaltung ist somit gegeben – eine Reihe von Berufsgruppen wird geschützt. «Nur wenn außerdem die höchsten Interessen der Kirche oder des Staates oder dessen, der das Geheimniß anvertraut hat, gefährdet wären, darf man davon Gebrauch machen.»²⁸ Aber es

²⁶ Diana Peschier, *Nineteenth-Century Anti-Catholic Discourses: The Case of Charlotte Brontë*, New York 2005.

²⁷ Johann Evangelist Pruner, Art. Wahrhaftigkeit, in: *Wetzer und Welte's Kirchenlexikon*, Bd. 12, Freiburg i. Br. 21901, Sp. 1164–1167, 1167.

²⁸ Ebd., 1167.

gibt für Domkapitular Pruner, den Autor, noch eine Überbietung, eine höchste Stufe: «Das Beichtgeheimniß ist nicht einfach nur als eine Species des Berufsgeheimnisses anzusehen, sondern beruht im Sacrament und auf übernatürlicher göttlicher Anordnung, welche absolut und unbedingt jede Offenbarung ausschließt.»²⁹ Das Beichtgeheimnis sieht sich somit deutlich vom Seelsorge- bzw. Berufsgeheimnis unterschieden. Es stellt die höchste Stufe im Bereich des *secretum commissum* dar und ist absolut unverbrüchlich.

Dass Beichte und Beichtgeheimnis aber nicht nur gelehrte Differenzierungen befeuerten, sondern konkrete politische Verwerfungen hervorriefen und ein fundamentales Politikum im Staat-Kirche-Verhältnis darstellten, können zwei historische Beispiele belegen: So verteidigte selbst der als liberal geltende St. Galler Bischof Augustinus Egger das Beichtgeheimnis in der sogenannten Affäre Grassmann um die vorletzte Jahrhundertwende vehement. Der Verleger Robert Grassmann skandalisierte das Beichtgeheimnis und formulierte im antijesuitischen Fahrwasser Anschuldigungen von Übergrifflichkeiten gerade im sexuellen Bereich.³⁰ Er war damit nicht allein. Das zeigt an, dass die Kirche im Institut der Beichte und seines Regelwerks einen Raum sah, der für sie geschützt und ihr im Inneren «autonom» zugerechnet werden musste. In dem Masse ihre «Sakralität» gewahrt blieb, in dem Umfang blieb der Raum der Beichte eine zentrale Einflussphäre der kirchlichen Institution.

Besonders in der Konkordatspolitik, welche die katholische Kirche im 19. Jahrhundert und dann später eifrig vorantrieb, zeigt sich Ähnliches: Die Praxis der Konkordatsabschlüsse der katholischen Kirche mit politischen Staatswesen nach der Epochenzäsur der Französischen Revolution belegt, wie über das Seelsorgegeheimnis die doch eigentlich kleinflächigen Kreise des Beichtgeheimnisses überboten oder besser gesagt: ausgereizt werden. Dabei spielen strategische Überlegungen mit. In der Berufung auf dieses historisch gefestigte und akzeptierte Postulat der Beichte wollten kirchliche Diplomaten Schutzzräume etablieren, um die «libertas ecclesiae», d. h. die Freiheit der Kirche vor staatlichen Zugriffen sicherzustellen.

Bei den Geheimnispflichten dreht es sich also nicht nur um die «betroffene, passive» Person des Seelsorgers, sondern auch um den Schutz eines Systems und danach des in ihm wirkenden Funktionärs. Dasselbe gilt für Anwälte, Ärzte, Hebammen usw., die solche Räume der Verschwiegenheit kennen

²⁹ Ebd., 1167.

³⁰ Vgl. etwa Cornel Dora, Augustinus Egger von St. Gallen 1833–1906. Ein Bischof zwischen Kulturkampf, sozialer Frage und Modernismusstreit (St. Galler Kultur und Geschichte 23), St. Gallen 1994, 564–566.

und verteidigen. Die Vorgehensweise ist also kaum auf Kirchen- und Religionsgemeinschaften beschränkt. Auffällig ist bei der Analyse bzw. Hinzuziehung von Konkordatstexten für unser Argument, dass die Kirche selbst, die ja im Inneren strenge Regeln und Strukturen für die Beichte formuliert, nach aussen im Rahmen des Möglichen durchaus mit den eigenen Konzepten spielte und versuchte, Räder flexibel zu verschieben. Gerade in totalitären Umfeldern der Neuzeit waren Beichtsituationen im besten Fall Räume, die für viele Menschen hilfreich werden konnten. Auch aus diesem Blickwinkel gilt es die Frage des Geheimnisses ins Auge zu fassen. Es bleibt jedoch eine Ambivalenz, wie in den jüngst aktuellen Fragen des sexuellen Missbrauchs von kirchlichen Akteuren offenkundig wurde. Aktuell hat in diesem Zusammenhang eine vatikanische Richtlinie 2019 das Beichtgeheimnis, aber auch das Seelsorgegeheimnis (z. B. im Rahmen der geistlichen Begleitung) erneut eingeschränkt und disziplinar-rechtlich im Hause der katholischen Kirche einmal mehr verankert.³¹

3 Das Geheimnis – Weiterentwicklung eines zentralen Postulats der Seelsorge

3.1 Personwerdung sowie Verinnerlichung

Immer wieder angeklungen, aber nicht breit ausformuliert wurde, dass das Institut der Beichte sowie Freiräume in der Seelsorge dazu beitragen konnten und können, dass Menschen sich in mehr oder weniger «aufoktrozierter, struktureller» Introspektion entwickeln und wachsen. Alois Hahn hat bereits vor Jahren darauf hingewiesen.³² Es ist schwer für die Historiografie, solche Faktoren zu messen, es wäre jedoch umso ertragreicher, eine Kirchengeschichte solcher Menschen zu schreiben, die von Beichte und Beichtgeheimnis profitierten und zu einem erfüllten Leben fanden. Eine historische

³¹ Das Dokument der Apostolischen Pönitentierie «Importanza del foro interno e l'inviolabilità de sigillo sacramentale» vom 29. Juni 2019 findet sich im Volltext auf: https://www.vatican.va/roman_curia/tribunals/apost_penit/documents/rc_trib_appen_pro_20190629_forointerno_it.html#; 20.04.2020.

³² Alois Hahn, Konstruktionen des Selbst, der Welt und der Geschichte. Aufsätze zur Kultursoziologie, Frankfurt a. M. 2000; Alois Hahn/Volker Kapp, Selbstthematisierung und Selbstzeugnis: Bekenntnis und Geständnis (Suhrkamp Taschenbuch 643), Frankfurt a. M. 1987, darin v. a. Abschnitt «Identität und Selbstthematisierung» von Alois Hahn, 9–24.

Zuordnung mit antiklerikalen Nuancen à la Charles H. Lea³³ und nach (hyper)kritischen Gesichtspunkten greift zu kurz. In Geschichte und Gegenwart haben viele vertrauliche (Beicht-)Gespräche dazu geführt, dass Menschen sich entfalten konnten, sich selbst thematisierten, sowie kritisch reflektierten. Es gibt nicht nur den oftmals behandelten Missbrauch, sondern auch den «Gebrauch». Beichtbücher, Beichtspiegel und gezielte Ausbildung im Beichte-Hören legen davon Zeugnis ab, dass das Christentum in der Sünden- und Busspraxis eine deutliche Stossrichtung in Richtung Individualisierung, Personen-zentrierung und Verinnerlichung aufweist.

Über einen historisch-soziologischen Zugang hat Hahn insbesondere den Aspekt der Selbstthematisierung im Beichtgeschehen herausgearbeitet, er spricht dabei von einer «Selbstkontrolle durch Selbstenthüllung»³⁴. Wir haben bereits gesehen, dass es sich bei der Ohrenbeichte um eine ursprünglich monastische Praxis handelt. Ordensgemeinschaften spielten immer wieder eine grosse Rolle im Beichtgeschehen. Nennen wir es einmal eine Perfektionsstrategie, in der Sünde und Schuld im Skrutinium zuerst bei sich selbst gesucht wird. Dass freilich in der geheimen Sphäre des Beichtstuhls ein religiöser Experte eine «tabula rasa» schaffen könne, das war und ist zweifelsfrei problematisch. Theologisch gesehen war und ist es allerdings nicht der religiöse Experte, sondern Gott selbst, der das Gewissen reinigt ... Ein spezifisches Bewusstsein, dass ein solcher Akt der Absolution im Geheimen möglich sei, hat nicht gerade dazu geführt, dass sich Menschen anhaltend rechtschaffen verhielten. Dass das Geheimnis aber Freiräume für eine innerliche, persönliche Religionsausübung und Moralpraxis bereitstellt, die Bedingung einer grösseren Möglichkeit ist, das scheint plausibel. Trotz vieler Schatten in der Geschichte handelt es sich dabei um eine Kulturleistung des mittelalterlichen Christentums, die bis ins Heute weiterwirkt.

3.2 Geschichtliches Werden und Transformationen

Das Beichtgeheimnis hat sich «erst» im 2. Jahrtausend entwickelt. Es ist einer klösterlichen Perfektionskultur verpflichtet und eng an eine starke kirchliche

³³ Vgl. dazu Kramer, «We speak to God with our Thoughts», 21: «Lateran IV's imposition of individual confession has been subject to a wide range of interpretations by nineteenth- and twentieth-century historians. Most current interpretations reject the harsh views of Charles Henry Lea, who constructed compulsory oral confession as a means of social control, in favor of an approach that sees the confessor's role as an aid to the examination of conscience.»

³⁴ Hahn, Konstruktionen des Selbst, 231.

Institution angebunden. Erst um 1215 wurde es rechtlich fixiert und das Geheimnis kann als «korrelatives» kirchliches Zugeständnis zum Zeitpunkt der Einführung der Pflichtbeichte gelten. Für Jahrhunderte wirkte es tiefgreifend im Schatten einer sozial mächtigen abendländischen Kirche mit grosser Pastoralmacht. Dann kam es zum Bruch. Später prägte das Beichtgeheimnis diejenige Konfessionskirche mit, die heute zahlenmässig die grösste Denomination darstellt. Die Etablierung des Beichtgeheimnisses ist ein institutionelles Moment, dass gerade in einer durch und durch christlich konzipierten Gesellschaft an den Tag trat. Spätestens heute aber ist die Konstantinische Epoche der Kirchengeschichte respektive die mittelalterliche Gestalt der Kirche an ein Ende gekommen. Bleibt das auf das Beichtgeheimnis ohne größere Auswirkungen? Wohl kaum.

Das Beichtgeheimnis als «grosser Bruder» – chronologisch und begriffsgeschichtlich gesehen – und mit ihm das Seelsorgegeheimnis haben die europäische Kulturgeschichte auf einer sehr basalen Ebene mitgeformt. Eine Kultur der Selbstreflexion, der «introspektiven Arbeit», entwickelte sich aus dem Beichtgeschehen, von der aus rote Fäden hin zum Tagebuch, der Autobiografie bzw. der Psychotherapie führen, wie es Alois Hahn darstellt.³⁵ Diese Geheimnisse helfen dabei, Sicherheitsräume zu schaffen, die im Idealfall Menschen auf ihrem Lebensweg einen konkreten alltäglichen Nutzen und Mehrwert bieten. Aus theologischer Sicht kommt dabei Gott besonders ins Spiel. Missbräuche aller Art und politisch-strategische Winkelzüge und Überlegungen sind dabei nicht ausgeschlossen.³⁶ Wer die Fähigkeit hat, Geheimnisse festzuschreiben, besitzt Macht. Diese (Berufs-)Geheimnisse dienen nicht nur (hehren) Zwecken an und für sich, sondern sie können zu Mitteln für (unheilige) Zwecke werden. Es gilt aber weiterhin der Satz der Moralthologie: *Abusus non tollit usum*. Jedenfalls ist es aber heute angebracht, eine bestimmte Überhöhung – der Artikel sprach vorher von «Sakralisierung» – von Verantwortungsträgern in Zukunft systematisch zu verunmöglichen und in

³⁵ Hahn, Identität und Selbstthematisierung, 20.

³⁶ Dies berücksichtigt m. E. Walter Rominger in seinem kantigen Beitrag, der sonst sehr gut argumentiert, zu wenig; vgl. Walter Rominger, Bestens geschützt, doch laufend gebrochen. Zum Umgang mit dem Beichtgeheimnis in der kirchlichen Aus- und Fortbildungspraxis, in: Deutsches Pfarrblatt 8 (2019) [e-Journal]. Rominger kritisiert darin in vehementer Weise die Ausbildungspraxis der Krankenhausseelsorge in Deutschland, die das Beicht- und Seelsorgegeheimnis, das der Staat schütze, nicht ernst nehme.

welcher Weise auch immer für Transparenz, eine berechnete Forderung unserer Zeit, zu sorgen. Wer Geheimnisräume verwaltet, der hat eine besondere Verantwortung!

Aus einer katholischen Sicht zeigt sich die Unverbrüchlichkeit des Beichtgeheimnisses in formal klar umrissenen Räumen. Der Beichtstuhl ist, wie gesagt, zum Sinnbild dafür geworden. Das hat sich als theologisch-historische «Konklusion» so ergeben, was vielleicht auch heisst, dass es nicht immer in dieser Form so zu bleiben hat. Ein Beichtgespräch darf aus der Sicht des Kirchenrechts nicht dokumentiert werden, es ist besonders geschützt, eine Heterotopie. Das mit dem Pönitenten vor Gott Besprochene darf selbst ausserhalb der Beichte zwischen Beichtvater und Beichtkind nicht weiterverhandelt oder angesprochen werden. Das Seelsorgegeheimnis erlaubt dies jedoch. Auch ausserhalb der Beichte gilt aber für die Seelsorge eine besondere Wertschätzung von Räumen der Vertrautheit und der Verschwiegenheit. Es finden sich auch da keine «Spielräume», aber doch Bedingungen und Möglichkeiten, in religiösen und spirituellen Kontexten Behandeltes und Erfahrenes weiterzugeben. Schliesslich wird keiner bezweifeln wollen, dass etwa die Krankenhauseelsorge ein Beruf ist. Zu Lehr- und Studienzwecken haben den Weg der Weitergabe und Kommunikation schon Beichthandbücher im Mittelalter und der Frühen Neuzeit eingeschlagen. Die Geheimnisse sind, wie gesagt, kein Selbstzweck, sie haben eine Funktion im Dienste der Menschen, welche ja nach christlicher Theologie das eigentliche Geheimnis sind. Die Geheimnisse überschreiten immer auch die Sphäre von vier Augen und Ohren.

Heute stellen sich andere Fragen als im 13., 16. oder 19. Jahrhundert. Wir leben in einer ganz neuen Zeit. Gewiss, es ist wenig redlich, die je eigene Gegenwart zu überhöhen und zu einer besonderen zu machen. Mancherorts ist von der Auflösung der strukturellen Privatsphäre in unserer Kultur die Rede, in welcher Menschen nicht nur eng mit dem virtuellen Raum verbunden sind, sondern dieser zeitgleich sehr nahe an sie herantritt. Weite und Enge stehen da dicht aneinander. Zudem etabliert sich eine Kultur mit einem Hang zur Veröffentlichung und (positiven) Selbstdarstellung. Da kommt dann das Negative, das Sperrige unter Druck wie auch das Geheime. «Intimität» gerät in Gefahr, verletzt zu werden.³⁷ War es im Hochmittelalter die Kirche, die wie im IV. Laterankonzil verpflichtende Vorschriften erliess, so ist es heute zualterererst der Staat, der die Menschen im westlichen Kontext «beansprucht» und

³⁷ Dazu interessant etwa Wolfgang Wunden, Intimsphäre: rechtsethische Überlegungen zu einem Thema aus dem Kodex des Deutschen Presserates, in: *Communicatio Socialis* 7/3 (1974) 218–228.

fordert – nicht zuletzt im klinischen Kontext. «Korrelate» (Poschmann) sind also nach wie vor ein Thema. Wird so etwa in unseren Tagen, sagen wir es zugespitzt, im Spitalskontext sorgfältig der «heiligen Pflicht» nachgegangen, anfallende Daten mit dem grösstmöglichen Schutz zu behandeln? Wenn schon, dann ist heute der Staat, der in rechtlicher Hinsicht gerne in die Fussstapfen der mittelalterlichen bzw. frühneuzeitlichen Kirche getreten ist und sein Erbe teilweise aufnahm, verpflichtet, das «Beichtgeheimnis» auf seine Weise zu schützen, verlangt dieser doch von seinen Bürgern sehr viel an «Unterwerfung», an persönlichen Informationen und Konformität.

Aber verweilen wir noch ein wenig auf der Seite der Kirche(n). Wir erleben eine immer stärker ausgeprägte Ablösung von so bezeichneten sakramentalen Mustern der Weltsicht. Voraussetzungen sind jüngst andere geworden. Das heisst nicht, dass der Kern der Geheimniswahrung nicht weiterhin beachtet werden muss. Es geht nicht darum, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Denn das Beichtgeheimnis, als eine «theologische Konklusion» (P. Brower), hat neben seinen unbestrittenen Abwegen auch einen grossen Beitrag zur westlichen Kulturgeschichte geliefert. Vielleicht war der eine oder andere Beitrag z. B. in Richtung Individualität, wie schon angedeutet, eher eine nicht-intendierte Folgeerscheinung. Aber die Beicht-Struktur mit der spezifisch konstruierten Situation der diskreten Begegnung hat unbestritten grosse Vorzüge. Beichte und Beichtgeheimnis müssen nicht aufgegeben werden. Wenig klug aber ist es, sich explizit oder implizit, was häufiger getan wird, auf das Beichtgeheimnis als etwas Stabiles und Unformbares zu berufen oder von ihm der Substanz nach zu zehren, wo es gar nicht wirklich um die Beichte als solche geht. Nicht alles, was Seelsorgerinnen und Seelsorger mit ihren Patienten als Menschen besprechen, fällt unter das «Stempelsiegel» der Verschwiegenheit,³⁸ ganz im Gegenteil: Wohl nur ein kleiner Bruchteil davon! Kirche und Seelsorge werden sich massiv ändern, nicht zuletzt im Bereich der oft so bezeichneten «Spezialseelsorge» in Hinblick auf stärkere Zusammenarbeit und Partizipation in spezifisch nicht-kirchlichen Umfeldern.³⁹ Eine Kultur der Unterscheidung der Geister ist von Nöten. Sich stur auf ein traditionelles Geheimnis zu berufen, grenzt an Realitätsverweigerung und Selbstmarginalisierung.

³⁸ Vgl. Beitrag von Ralph Kunz in diesem Band, 199–218.

³⁹ Alex Liégeois, *Le conseiller spirituel et le partage d'informations en soins de santé. Un plaidoyer pour un secret professionnel partagé*, in: *Counseling et spiritualité* 29/2 (2012) 85–97.

3.3 Weiterentwicklung eines Berufsgeheimnisses

Nichts hindert also die Kirche(n) daran, das Seelsorgegeheimnis als *secretum commissum* in Richtung eines (kollektiveren) Berufsgeheimnisses weiterzuentwickeln. In einem säkularen Zeitalter ist das angemessen und vertretbar. Auch die Kirche unterstützt ja eine gesunde Laizität und eine relative «Autonomie irdischer Wirklichkeiten» (*Gaudium et spes* 36)⁴⁰, d. h. nichts anderes als die positive Anerkennung von Funktionslogiken ausserhalb ihrer selbst. Das religiös stark aufgeladene Beichtgeheimnis bleibt in einer solchen Herangehensweise bestehen und vollkommen gewahrt, unter Umständen würde es sich sogar in einer neuen Freiheit entwickeln können. Es ist nicht absehbar, dass die katholische Kirche – und andere Konfessionen natürlich auch nicht – davon abrickt. Sie hat als Glaubensgemeinschaft mit einem Drall hin zur «Sichtbarkeit» gute Gründe, es als ein *forum internum* oder einen je eigenen Freiraum zu verteidigen.

Freilich war das Beichtgeheimnis nie so absolut und wasserfest, wie eine apologetische Geschichtsschreibung legendarisch und hagiografisch dies darzustellen bemüht war. Anonymisierungen waren stets möglich, Ausnahmen wurden diskutiert und implementiert, höhere Ebenen wie die der Bischöfe und Päpste «reservierten» sich bestimmte Fragen, die in der Beichte aufkamen. Dem deontologischen Moment wurden immer wieder Güterabwägungen entgegengestellt. Zur Weiterentwicklung des Seelsorgegeheimnisses sind kirchliche Akteure heute angehalten, wollen sie die Welt mitgestalten. Sonst würde man sich wohl auch zu stark abheben, ein Anders- bzw. Besserein behaupten. Die beigezogenen Konzilien waren im vorliegenden Beitrag ein Ausdruck dafür, diese Welt zu gestalten, zu einem besseren Ort zu machen. Ein schneller Blick in die Konziliengeschichte erhärtete, dass sich das Beichtgeheimnis erst allmählich entwickelt und noch langsamer durchgesetzt hat. Das mit dem Beichtgeheimnis oft in einem Atemzug genannte oder mitgedachte Seelsorgegeheimnis ist buchstäblich das flexiblere Gefäss. Es hat ein breiteres, ja unbestimmteres Fassungsvermögen als das Beichtgeheimnis, das ja in einen ritualisierten, eng definierten Raum eingeschrieben ist. In einschlägigen Lexika findet sich so auch kaum ein Lemma zum Begriffskonzept «Seel-

⁴⁰ Ingeborg Gabriel, Autonomie der irdischen Wirklichkeiten. Reflexionen zu einer komplexen Konzilsmetapher, in: Mariano Delgado/Michael Sievernich (Hg.), Die grossen Metaphern des Zweiten Vatikanischen Konzils, Freiburg i. Br. 2013, 267–286.

sorgegeheimnis». Die Reichweite des Seelsorgegeheimnisses ist aber eine augenfällig grössere. Es oszilliert letztlich zwischen spezifischem Beicht- und allgemeinem Berufsgeheimnis und kann recht flexibel beansprucht werden.

Im Gegensatz zum grossen Bruder, dem Beichtgeheimnis, ist mir keine Kritik bekannt, die sich explizit gegen das Seelsorgegeheimnis richtet. Wohl auch deswegen ist dies der Fall, weil Vertraulichkeit, Verschwiegenheit und Diskretion gerade in anderen Berufsgruppen und -kontexten genauso wichtig und anerkannt sind. Als anthropologische Grundkonstanten erscheinen sie essenziell und sind als solche quasi gesetzt. In der Schweiz z. B. ist das Seelsorgegeheimnis als «Berufsgeheimnis der Geistlichen» (§321 StGB) strafrechtlich sanktioniert und somit besonders geschützt.

Wechseln wir zum Schluss nochmals die Seite: Sind wir auf dem Weg, mit den modernen technischen Möglichkeiten einen spezifischen, neuzeitlichen Individualismus zu überwinden? Von Vernetzung ist überall die Rede, ebenso von Transparenz. Wir bewegen uns nicht nur auf eine gläsernere, sondern vermutlich eine kollektivere Zeit zu. Ist interessanterweise gerade das Christentum eine (kollektive) Kraft, die in der Tiefe den Individualismus und Personalismus stützt und fördert? Geheime, geschützte Räume können dafür Garantien bereitstellen. Kirche und die Stärkung des Individuums schliessen sich nicht aus – die Geschichte des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses macht das deutlich: Der freie und befreite Mensch ist das Ziel «kirchlicher Mission».

Zusammenfassung: Das Beichtgeheimnis hat sich erst im Hochmittelalter herauskristallisiert. Dass dies so kommen konnte, war an gewisse Bedingungen geknüpft. Die Pflicht zur Beichte bedingte die Geheimhaltung des Beichtgesprächs. Wir haben es mit einer Art Vertrag zu tun. Später haben die westlichen Kirchen am Beichtgeheimnis festgehalten und es fortgeschrieben – es wurde zudem staatlich anerkannt und geschützt. Das Seelsorgegeheimnis ist vom Beichtgeheimnis unterschieden, aber wird auch in der Gegenwart, selbst im römisch-katholischen Raum, oft vom letzteren – als Sakrament – her gedacht. Der Beitrag plädiert dafür, im Angesicht der gezeigten geschichtlichen Entwicklungen, das Seelsorgegeheimnis weiter zu denken, weiter zu entwickeln und gerade nicht zu «musealisieren» bzw. zu «zementieren». Unbestritten gilt es, das Wertvolle und Wichtige am genannten «Siegel» zu wahren und sogar auszubauen. Zugleich aber ist festzustellen, dass die Verpflichtung zur Geheimhaltung nicht dazu führen kann und darf, sich nicht an kreativen Prozessen um der Menschen und eines christlichen Menschenbildes willen einzubringen.

Abstract: The secret of confession only emerged in the High Middle Ages. That this could happen was tied to certain conditions. The duty to confess required that the confessional conversation was kept secret. We are dealing with a kind of contract. Later on, the Western churches maintained the confessional secret and continued it. The seal was also recognized and protected by the state. The secret of pastoral care is different from the secret of confession, but it is also often thought of in the present, even in the Roman Catholic world, from the latter – as a sacrament. In view of the historical developments shown here, the contribution pleads for further thinking about the pastoral secret, for its further development and not to «museumize» or «cement» it. It is undisputed that the valuable and important aspects of the aforementioned «seal» must be preserved and even expanded. But at the same time it is to be noted that the obligation to secrecy cannot and must not lead to not getting involved in creative processes for the sake of people and a Christian conception of man.

Seelsorge als Krypta

Geborgenheit im vertraulichen Gespräch

Ralph Kunz

Es liegt auf der Hand, dass die in diesem Band diskutierte Dokumentationsfrage eine *rechtlich* sensible Zone des Seelsorgegesprächs berührt! Die Seelsorge hat einen straf- und kirchenrechtlichen Rahmen, der die Geheimnisträger zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet und gleichzeitig diejenigen schützt, die sich einem Seelsorger anvertrauen.¹ Die Tatsache, dass das Seelsorgegeheimnis in der Bundesverfassung verankert ist, macht augenscheinlich, welches Gewicht das Thema hat. Der starke Schutz des Berufsgeheimnisses rückt die gebotene *Geheimhaltung* und das Anvertraute allerdings in ein bestimmtes Licht! Ich möchte in meinem Beitrag auf eine Dimension des *Geheimnisvollen* hinweisen, die für die Seelsorge genauso wichtig ist. Denn die Seelsorge achtet nicht nur auf das, was verborgen bleiben soll, sie hat auch Acht auf das, was geborgen werden will.

1 Dem Anvertrauten Sorge tragen

Gehen wir vom Naheliegenden aus. Wird das Berufsgeheimnis in der Seelsorge diskutiert, geht es oftmals um den Gewissenskonflikt der Geheimnisträger, der aus einer verfänglichen Mitwisserschaft entstehen kann. Wie geht die Seelsorgerin mit einem schrecklichen Geständnis um? In welchen Ausnahmefällen ist ein Geheimnisbruch zu rechtfertigen? Auch im Zusammenhang des Datenschutzes geht es in erster Linie darum, dass Kompromittierendes, Verletzendes oder Peinliches ans Tageslicht kommen könnte. Es ist sicher nicht falsch, von einer Grundkonfiguration der Seelsorge zu sprechen. Vertraulichkeit ist ein Gebot und Seelsorge ist Vertrauenssache! Aus Sorge um den Menschen soll das, was dem Seelsorger im Gespräch anvertraut wird, vertraulich bleiben und nicht ausgeplaudert oder unsorgfältig dokumentiert werden. Was heisst es aber, «dem Anvertrauten Sorge zu tragen»?²

¹ Vgl. dazu den Beitrag von Michael Coors in diesem Band, 151–174.

² Rita Famos u. a., Dem Anvertrauten Sorge tragen. Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge, hg. vom Schweizerischen Evangelischen Kirchenbund SEK, Basel 2016.

Es gibt tatsächlich eine Sichtweise der Seelsorge, die am anderen Ende ansetzt. Menschen können auch darunter leiden, dass sie übersehen und überhört werden. Sie hätten etwas zu erzählen – nicht nur ihre Not und ihr Leid! Sie möchten vielleicht das Schöne und Wunderbare, das sie erfahren – auch und gerade in einer Zeit der Anfechtung – gerne mit einem Menschen teilen. Sie finden aber niemand, der zuhört und hinschaut.³ Was ihnen widerfährt, bleibt unerwidert, was sie beschäftigt, wird nicht wahrgenommen. Mit anderen Worten: Die Seelsorgesituation entsteht aus einem Mitteilungsbedürfnis, bei dem der vertrauliche Rahmen ein anderes Gesicht erhält; das Bergende und nicht das Verborgene steht im Vordergrund. Seelsorge ergeht als Einladung, Anteil zu nehmen und Interesse zu zeigen. Der Seelsorger, der dem Anvertrauten Sorge trägt, so könnte die Quintessenz eines solchen Perspektivenwechsels lauten, soll für das, was sich dem Glauben *zeigen will*, aufmerksam werden. Vor allem aber gibt das Anvertraute, das kostbar ist, dem Begriff des Geheimnisses einen positiveren Klang. Es ist nicht nur das Dunkle! Es ist auch das Licht, das aufscheint im Dunkeln, das Wunder, das bestaunt und die Wandlung, die bezeugt wird oder mit einem sakramental geladenen Wort: es ist auch das *Geheimnis des Glaubens*. Was sich im Verborgenen zeigt, ist schön und soll *geborgen* werden.

Wenn die Seelsorge für dieses Geheimnis des Glaubens keinen Sinn mehr hätte, würde das sogenannte Seelsorgegeheimnis rein technisch verstanden und auf den rechtlichen Rahmen der Verschwiegenheit reduziert werden. So wichtig die Schutzfunktionen des Berufsgeheimnisses in der Seelsorge auch sind – eine derart eingeschränkte Wahrnehmung des Anvertrauten verpasst den wesentlichen Teil der geistlichen Dynamik, die die seelsorgliche Begegnung für beide Seiten so kostbar macht.

Mein Versuch einer Klärung setzt darum seelsorgetheologisch an (1). Nach einer biblischen Reminiszenz (2) referiere ich einen Ansatz des reformierten Pastoraltheologen Rudolf Bohren (3). Bohrens Vergleich mit der Psychoanalyse kann zeigen, warum die Wahrnehmung des Menschen durch den Seelsorger ein Schlüssel für das Verständnis des Seelsorgegeheimnisses ist. In einem zweiten Schritt soll das *Geheimnis des Glaubens*, um das es in der Seelsorge geht, pastoraltheologisch entfaltet und vertieft werden (4). Letztlich geht es darum, zu zeigen, dass die Dokumentation auch die Funktion hat, das Wertvolle einer verborgenen Wandlung durch Bezeugung zum Vorschein zu

³ Vgl. dazu Ralph Kunz, Die Bedeutung von Nahtoderfahrungen für die Seelsorge. Oder vom Schlusslicht der Mystik, Göttingen 2020 (im Erscheinen).

bringen. Am Beispiel des Konzepts der «zeugenden Pastoral» wird gezeigt, welchen Gewinn die Verschriftlichung für eine Seelsorge hat, die auf das Geheimnis des Glaubens achtet (5).

2 Gott sieht im Verborgenen – die Krypta des Vertrauens

In der Bergpredigt kritisiert Jesus Heuchler, die in der Öffentlichkeit lauthals beten, um das Publikum auf ihre intakte Gottesbeziehung aufmerksam zu machen. Die gewählte biblische Belegstelle, die den Zusammenhang von Verborgenheit, Vertrauen und Zeugnis beleuchtet, hat einen spannungsvollen Hintergrund. Jesu Tadel des religiösen Verhaltens ist Teil einer Auseinandersetzung um das rechte Zeugnis. Der Jesus der Bergpredigt argumentiert mit einer ökonomischen Logik: Wer öffentlichen Applaus für seine Religiosität sucht, hat seinen Lohn schon bezogen. Ist Jesus gegen das Zeugnis? Spielt sich der Glaube im Innern ab?

Die Lohnmetapher ist bei Matthäus prominent. Sie will provozieren! Dort, wo Geld und Geist kollidieren, steht der wahre Lohn oder der wahre Schatz für eine Dimension, die sich dem oberflächlichen Betrachter entzieht. Es geht um das Gottvertrauen, das im Verborgenen wirkt. Das Argument, dass der Fromme, der vor Anderen eine religiöse Show abzieht, in erster Linie auf die Anerkennung der Mitmenschen zielt, hat die Pointe, dass so gerade kein Glaubenszeugnis gegeben ist. Gott, der Schöpfer aller Dinge, hat eine solche Demonstration des eigenen Glaubens auch gar nicht nötig. Gott sieht «im Verborgenen» (Mt 6,6). Es genügt, im stillen Kämmerlein zu beten.⁴ Die Mahnrede, die in der Tradition der prophetischen Kultkritik steht, mündet in ein Bekenntnis und leitet über zum Gebet.

«Wenn du aber betest, geh in deine Kammer,
schliess die Tür und bete zu deinem Vater, der im Verborgenen ist.
Und dein Vater, der im Verborgenen sieht,
wird es dir vergelten.» (Mt 6,6)

Liest man die Texte der Bergpredigt als nachösterliches Zeugnis, schwingt in der Metaphorik der «stillen Kammer» zudem eine positive Umdeutung des

⁴ Vgl. dazu Ulrich Luz, Das Evangelium nach Matthäus (Mt 1–7), Evangelisch-Katholischer Kommentar zum Neuen Testament Bd. I/1, Einsiedeln/Neukirchen-Vluyn 1989, 327.

Grabes mit.⁵ Die Verbindung von Gebet, Grab und Vertrauen in das verborgene Wirken Gottes hat eine lange Wirkungsgeschichte, die – wenn man so will – auch baulich einen Niederschlag gefunden hat. Man kann die Krypta (κρύπτη), den verborgenen Raum in alten romanischen Kirchen, der unter dem Altar liegt und auch als Gruft oder Unterkirche bezeichnet wird, als ein architektonisches Echo dieses Zusammenhangs sehen. Die Krypta ist räumlich das, was griechisch *en krypto*, im Verborgenen heisst.⁶ In frühchristlicher Zeit war es oftmals ein Grab bzw. ein Gewölbe unter dem Altar, das mit Reliquien ausgestattet war. Die Fürbitte der Heiligen, so die Vorstellung, wirkt in der sakramentalen Gegenwart des Christus diskret aus dem Verborgenen.

Zwar mag die Vorstellung eines Segens, der an Reliquien gebunden ist und aus der unsichtbaren Welt aufsteigt, manchen Zeitgenossen als Relikt der Tradition vorkommen. Dennoch bleibt die Krypta samt den Reliquien eine lebendige Metapher für die Seelsorge. Die Segenskräfte aus der Tiefe haben ein Fundament in der Leibgeschichte der Heiligen. Sie sind Zeichen für eine verborgene Präsenz im Leib des Menschen. Wer sich vertrauensvoll auf das Geschehen verlässt, das sich heilsam im verborgenen Raum der Seele einstellt, macht in der Krypta die Entdeckung einer Gottesgegenwart. Was in der Tiefe geschieht, bleibt Geheimnis und – *ubi et quando visum est deo* –⁷ letztlich unverfügbar.

Gleichwohl kann Seelsorge als eine Methode verstanden werden, die dazu verhilft, den Raum der Heilung, in dem nur Gott Einsicht hat, besser, bewusster oder klarer wahrzunehmen und auf diese Weise dem Anvertrauten Sorge zu tragen. Was eine solche Einsicht zur Zuversicht beiträgt und wie sie methodisch auf die Bahn gebracht wird, war und ist ein zentrales Thema der Seelsorgelehre.

Der Geheimnis-Begriff hat freilich, wie oben erwähnt, auch eine unheimliche Bedeutung. In der Redewendung vom «dunklen Geheimnis» wird das Verborgene negativ konnotiert. Das menschliche Herz gleicht in diesem Zusammenhang betrachtet einem *Keller*, in dem Verstecktes, Verdrängtes und Verletztes lagert. Es ist der Ort, der anthropologisch als Gewissen bestimmt

⁵ Vgl. dazu Günther Binding, Quellen, Brunnen und Reliquiengräber in Kirchen, in: Zeitschrift für Archäologie des Mittelalters 3 (1975) 37–56.

⁶ Vgl. dazu Ulrich Rosner, Die ottonische Krypta, (Veröffentlichungen der Abteilung Architekturgeschichte des Kunsthistorischen Instituts der Universität Köln, Bd. 40), Köln 1991.

⁷ Bekenntnisschriften der evangelisch-lutherischen Kirche 58,5–7; Confessio Augustana V,2.

werden kann. Jesu Wort von einem väterlich gütigen Gott, der im Verborgenen sieht, lässt sich auch als Warnung lesen. Vor Gott kann sich niemand verstecken! (Ps 139) Die Allgegenwart, Allmacht und Allwissenheit ist beides: eine Quelle des Trostes für diejenigen, die auf das göttliche Erbarmen hoffen und eine bedrohliche Vorstellung für diejenigen, die sich vor Gottes Gericht fürchten.

Wenn die Seelsorge hinuntersteigt, trifft sie auf beides! Im Keller des Gewissens nimmt sie die Beichte ab und spendet das Sakrament der Busse. Es ist Konsens, dass das, was der Seelsorgerin in dieser Situation anvertraut wird, vor fremden Augen und Ohren geschützt werden soll. Die Schelte des religiösen Prahlers ist wie eine Umkehrung dieses Schutzmotivs! Die Verschwiegenheit soll die Blossstellung verhindern. Niemand soll beschämt werden.⁸ Was im vertraulichen Gespräch gesagt wird, geht Lauscher und Gaffer, die sich wie Seelenkrämer verhalten, nichts an. Der Schutz der Beichte und der Beichtenden ist einerseits nötig, um Verletzungen zu verhindern, aber schafft andererseits auch den Raum für einen Prozess der Heilung und Versöhnung. Und dieser hat mit einem liebevollen Sehen zu tun. Die Seelsorge ist christologisch konfiguriert. Die Krypta ist eine Einladung, an den in der Tiefe der Seele gegenwärtigen Christus zu glauben und auf Gottes Wirken im Verborgenen zu vertrauen!

Die Aufbewahrung des Geheimnisses und die Befreiung zum Zeugnis sind zentrale Motive seelsorglichen Handelns. Sie sollen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Es ist mit Blick auf die Frage der Dokumentation jedoch von erheblicher Bedeutung, die positive Erfahrung des Mysteriums nicht hinter dem berechtigten Anliegen des Schutzes verschwinden zu lassen. Wenn das spannungsvolle Verhältnis dieser Motive näher betrachtet wird, stellen sich eine ganze Reihe von Fragen. Wie verhält sich das theologisch noch näher zu bestimmende *Geheimnis*, dass Gott den Menschen freundlich ansieht, zu dem sogenannten *Berufsgeheimnis* und spezifischer noch zum *Beichtgeheimnis*? Es mag gesetzliche Regelungen darüber geben, was nicht für die Öffentlichkeit bestimmt ist. Aber was *soll bezeugt* werden?

Wie wird unterschieden zwischen dem, was ans Licht kommen soll und den Dingen, über die man besser Stillschweigen vereinbart? Darf ich das, was im Gebet gesagt wird, für den professionellen Austausch notieren? Ist es den

⁸ Zum Anliegen, die Beschämung in der Seelsorge zu vermeiden, vgl. Ralph Kunz, Diskrete Spiritual Care: zwischen Dokumentationspflicht und Seelsorgegeheimnis, in: *Spiritual Care* 6/2 (2017) 191–196.

zur Verschwiegenheit verpflichteten Seelsorgern erlaubt, sich in der Dokumentation darüber auszutauschen, was ihnen die Menschen bezeugen? Gibt es Verbindungen zwischen der oberen Kirche, die öffentlich Zeugnis gibt und der unteren Kirche, die im Verborgenen wirkt? Ist die Seelsorge eine solche Verbindung? Was heisst es für die Seelsorge als Profession im Verband einer grösser gedachten Spiritual Care, dass sie es ist, die das Zeugnis des Glaubens bergen und bewahren soll? Worüber herrscht Stillschweigen gegenüber «Dritten»? Wann entweicht eine Dokumentation das Geheimnis, das sich im Verborgenen mitteilt?

Es sind zu viele Fragen, um sie alle beantworten zu können. Wichtig ist mir, dass die Diskussion nicht von der Vorstellung des dunklen Geheimnisses beherrscht wird und es nicht nur um rechtliche Sensibilitäten gehen kann. Der Schutzraum, den die *Diskretion* bietet, wird im Vertrauen auf das unsichtbare Wirken Gottes zum lichten und offenen Raum. Das Vertrauen ins göttliche Geheimnis weist einen Weg, um die Frage nach dem Verborgenen in der Seelsorge differenzierter anzugehen.

3 Seelsorge als Wahrnehmung

Rudolf Bohren war Professor für Praktische Theologie in Wuppertal, Berlin und Heidelberg. Seine pneumatologisch fundierte Ästhetik hat die Praktische Theologie massgeblich geprägt. In einem 1981 veröffentlichten Essay wird die Frage der *Wahrnehmung* in erhellender Weise traktiert. Ausgehend von der Einsicht, dass Theologie und Seelsorge der sinnlichen Wahrnehmung nicht entraten können, entfaltet Bohren die These, dass sich Seelsorge in Akten *gegenseitiger Wahrnehmung* vollzieht.⁹ Diese Bestimmung ist eine Grundlage von Eduard Thurneysens Seelsorgeverständnis, die an die Verbindung zur Prophetie anknüpft.¹⁰ Ein wichtiger Hintergrund für Thurneysens Seelsorgetheologie war die Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse.¹¹ Für den Weggenossen Barths war die Seelsorge weder Ersatz noch Ergänzung zur Therapie,

⁹ Rudolf Bohren, Seelsorge als Wahrnehmung, in: ders., Vom heiligen Geist: Fünf Betrachtungen, München 1981, 79–104.

¹⁰ Rudolf Bohren, Prophetie und Seelsorge. Eduard Thurneysen, Neukirchen-Vluyn 1982.

¹¹ Eingehend mit Bohrens ästhetischem Ansatz beschäftigt haben sich Martina Plieth, Die Seele wahrnehmen. Zur Geistesgeschichte des Verhältnisses von Seelsorge und Psychologie, (Arbeiten zur Pastoralpsychologie, Bd. 28), Göttingen 1994 und Stefan Altmeyer, Von der Wahrnehmung zum Ausdruck: zur ästhetischen Dimension von Glauben und Lernen, Stuttgart 2006, bes. 162–183.

sondern ein eigenes und einzigartiges Geschehen: eine Christusbegegnung, die auf ein Öffnen der Augen und Ohren für die verborgene Wirklichkeit des Wortes Gottes hinzielt. Der Seelsorger und der Gesprächspartner treten zusammen in die Perspektive Gottes ein und sehen sich neu im Licht der göttlichen Vergebung.

Bohren nimmt diesen zentralen Gedankengang Thurneysens auf, schärft ihn methodisch und definiert Seelsorge konsequenterweise ästhetisch als «Sehakt». Seelsorge «als Problem der Ästhetik» zu verstehen, bedeutet nach Bohren, sowohl der Abstraktion wie der Reduktion auf das sinnlich Wahrnehmbare zu widerstehen. Ihn bewegt die Frage, *wie* wir die Wahrheit eines Menschen wahrnehmen können.

Der Ansatz erlaubt es, problematische und heilsame Aspekte der Verbergung im Gespräch mit der Psychoanalyse präziser zu fassen und die Dialektik des heilsamen Enthüllens und Verhüllens besser zu verstehen. Es ist ein typisch reformatorischer Ansatz mit reformierter Spitze, insofern Bohren bei der Sünde ansetzt. So anzusetzen, raubt der Übung der Wahrnehmung ihre Unschuld! Einen Menschen wahrzunehmen, will geübt sein. Es ist schwierig, «weil sich der Mensch vor dem Menschen versteckt, in ähnlicher Weise wie er sich vor Gott versteckt».¹² Die Sünde konfrontiert die Seelsorge nämlich mit der menschlichen Fähigkeit, sich und andere zu täuschen. Ob und wie unter diesen Bedingungen Selbsterkenntnis überhaupt möglich ist, wird von den Reformatoren mit unterschiedlicher Vehemenz und jeweils anderen Gewichtungen durchaus kontrovers diskutiert, aber es lässt sich bei allen Differenzen eine Quintessenz erkennen, die eine unerhörte Provokation in sich hat: Der Mensch kann sich ohne Gott nicht erkennen. Bohren verweist auf Huldrych Zwingli, der in seinem Kommentar «De vera et falsa religione» das drastische Bild des Tintenfisches gebraucht.¹³ Die Nähe zur prophetischen Tradition der Bergpredigt wird offensichtlich, wenn Zwingli beschreibt, dass der schwarze Saft des Fisches wie der dicke Nebel der Heuchelei sei. Der Mensch – gerade auch der vermeintlich religiöse Mensch – sei ein notorischer Lügner. Bohren hält es mehr mit Calvin, der in der *Institutio* von einer engen Verklammerung von Gotteserkenntnis und Selbsterkenntnis ausgeht. Wer vom Menschen theologisch redet, stellt ihn nicht in ein schlechtes Licht, sondern betrachtet ihn vor Gott und versucht ihn *coram deo* zu sehen. Letztlich leitet der Ansatz bei der Sünde zur Einsicht, dass die reformatorische

¹² Bohren, Seelsorge als Wahrnehmung, 80.

¹³ A. a. O., 81.

Anthropologie das Verhältnis von Psychologie und Seelsorge in gewisser Weise radikalisiere.¹⁴ Weder eine Scheidung noch ein friedliches Nebeneinander sei möglich, wenn die Theologie die menschliche Selbsterkenntnis kritisch beurteilt. Denn mit einer selbstkritischen Selbsterkenntnis konfrontiere uns auch die Psychoanalyse. Auch Freud, so Bohren, wisse vom *homo absconditus*. Der Entdecker des Unbewussten kann etwas darüber sagen, wie wenig wir wissen vom Innern des Menschen. In der *Solidarität des Nichtwissens* kann die Psychoanalyse daraufhin befragt werden, wie sie den Menschen in seinem Tintennebel wahrnimmt.¹⁵

Der Vergleich mit der psychoanalytischen Schau der seelischen Krypta macht zunächst auf deren Wahrnehmungsmethode aufmerksam. Auffällig ist die szenische Anordnung in der klassischen Psychoanalyse. Das ganze Setting – das Zimmer, die Couch für den Patienten und der Sessel für den Analytiker – ist durch eine Reduktion und Selektion der Sinne in der Wahrnehmung bestimmt.¹⁶ In der Haltung der freischwebenden Aufmerksamkeit werden die Erzählungen der Patienten aufgenommen. Freud brauchte dafür das Bild der schlafenden Mutter, die im halbbewussten Zustand die Bewegungen und Laute des Kindes registriert und auf Ungewöhnliches reagiert. Nicht alles kommt an. Es wird sortiert. Die «Selektion beinhaltet immer schon eine Interpretation: Ich brauche zur Wahrnehmung nicht nur meine Sinnesorgane, ich brauche auch meinen Verstand; der bringt das Wahrzunehmende in Zusammenhang mit dem schon Wahrgenommenen».¹⁷

In der Psychoanalyse gehe es darum, das Erzählte mit frühkindlichen Erinnerungen zu verknüpfen, so dass sich ein *Verstehen* einstellt. Im Heraufholen der Erinnerung, ihrer Wiederholung und Durcharbeitung kann sich das Dunkel erhellen. Freud habe, meint Bohren, den Menschen in einer neuen Weise gesehen, aber mit der Technik der Wahrnehmung eigentlich nichts Neues erfunden. Denn auch die Seelsorge kenne eine selektionierende Wahrnehmung.¹⁸ Theologie und Psychoanalyse setzen methodisch am selben Ende an und haben folglich eine vergleichbare Problematik. Worin besteht diese? Und welche Konsequenzen lassen sich daraus für den geforderten Sehakt der Seelsorge ziehen?

¹⁴ A. a. O., 82.

¹⁵ A. a. O., 85.

¹⁶ Bohren rekurriert hier auf Alfred Lorenzer, Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf, Frankfurt a. M. 1974, 105–107.

¹⁷ Bohren, Seelsorge als Wahrnehmung, 85.

¹⁸ A. a. O., 87.

In kritischer Abgrenzung zur Psychoanalyse warnt Bohren davor, dass uns das selektionierende Verfahren «zu einer isolierten Wahrnehmung des Menschen im Horizont seiner *religio privata*»¹⁹ verführen kann. Von Lorenzer inspiriert insistiert Bohren darauf, dass die Kunst der Wahrnehmung dazu leiten soll, den Menschen auch als gesellschaftliches Wesen zu sehen. Mit Blick auf das traditionelle Verständnis der Seelsorge meint er, in ihr ein ähnliches Problem wie in der Psychoanalyse zu erkennen. Der Fokus auf den Einzelnen sehe den Menschen in seinem Selbstbezug und verlege die Gottesbeziehung ins Innere. Wenn wir Seelsorge sagen, meinen wir in der Regel ein Zweiergespräch. Darin zeigt sich die problematische Übergewichtung der *cura specialis* gegenüber der *cura generalis*.²⁰ Die Selektion, die methodisch durchaus Sinn ergibt, weil sie etwas sehen lässt, das sich verstecken will, wird problematisch, wenn die daraus resultierende, gewollt spezifische Verzerrung übersehen wird. Bohren fordert eine Korrektur. Es geht ihm um einen sehenden Sehakt.

«Seelsorge heißt, einen einzelnen Menschen und seine Geschichte sehen in einem Zusammenhang mit der Geschichte Gottes – ein Zusammenhang, der in der Gegenwart des Geistes evident wird. Auf eine Kurzformel gebracht lautet die These: Seelsorge heißt, einen Menschen wahrnehmen im Horizont des Immanuel.»²¹

In der für Bohren typischen Bildsprache wird hier ein theologisches Proprium der Seelsorge zum Ausdruck gebracht. Die Seelsorge sieht den Menschen in einer bestimmten Richtung, nämlich in Richtung der Geschichte Gottes mit seinem Menschen und stellt ihn dadurch zugleich in einen gemeinschaftlichen Horizont hinein. Es ist der umfassende Horizont seiner Schöpfung und Erlösung. Mit dieser Einbettung in das grosse Ganze der Heilsgeschichte wird die Isolation überwunden und die Prämisse der theologischen Anthropologie wahrgenommen, dass der Mensch nicht ohne Gott, aber auch Gott nicht ohne den Menschen erkannt werden kann.

«Der Horizont des Immanuel umfaßt die Schöpfung und die Gesellschaft so gut wie das Volk, das als neue Schöpfung und neue Gesellschaft sich bildet. Den einzelnen sehen im Horizont des Immanuel heißt, ihn in einem gemeinsamen Leben

¹⁹ Ebd.

²⁰ Auf Ernst Christian Achelis' Praktische Theologie, Bd. I, Freiburg i. Br. 1890, 441f. Bezug nehmend, der den Gegenstand der *cura generalis* auf die Gemeindetätigkeit der Predigt, der Katechese und der Liturgie zurückführt, während die *cura specialis* das einzelne Gemeindeglied in seinen Stimmungen, Lagen und Zerstreuungen in den Blick nimmt.

²¹ Bohren, Seelsorge als Wahrnehmung, 88.

sehen: Immanuel heißt «der Gott mit uns», nicht «der Gott mit mir». Er ist mein Gott und mit mir, indem er mit anderen ist und ich mit ihnen. Er ist mein Gott, indem ich zu seinem Volk gehöre und auf seiner Erde wohne, geschwisterlich mit allem Erschaffenen.»²²

In dieser Richtung sehen, heisst, die Person *von dem her* sehen, was sie von ihrem Schöpfer her gesehen *schon ist*, und *auf das hin sehen*, was sie durch ihren Vollender *werden wird*. Die verborgene Herkunft und die verborgene Zukunft sollen offenbar, d. h. *sichtbar* gemacht werden. Das ist eine durch und durch positive, heilsame und hoffnungsvolle Sicht – eine andere Wahrnehmung als die, die darauf aus ist, das Verdrängte ans Licht der Wahrheit zu holen. «Einen Menschen wahrnehmen im Horizont des Immanuel heisst: ein Verborgenes entdecken, das, was noch nicht vor Augen ist, schon sehen!»²³

Es ist unverkennbar, dass sich Bohren mit diesen paradoxalen Formulierungen Aporien einhandelt, die an die Dialektik der Wort-Gottes-Theologie erinnern. Wie soll man sehen können, was noch nicht vor Augen ist? Bohren bleibt aber nicht beim Paradox stehen, sondern geht beherzt einen Schritt weiter. Um das Kostbare und Wertvolle des Menschen zu beschreiben, das verborgen ist und ans Licht kommen soll, reicht es nicht aus, das Unsichtbare zu beschwören, das sich unseren Blicken entzieht. Es ist zu wenig, nur von einem Geheimnis zu reden, das unverfügbar ist. Der Glaube hat durch das Zeugnis eine eigene Weise, die Wirklichkeit dessen, was bei Gott möglich ist, anzusprechen und zu besprechen. Übersetzt auf den Sehakt heisst dies: Dieser Wirklichkeit werden wir erst dann *ansichtig*, wenn der sichtbare Mensch, der ambivalent ist, mit dem unsichtbaren Menschen, der durch und durch geheiligt ist, zusammengesehen wird. Erst in dieser Zusammenschau kommt es zur Offenbarung oder, wie Bohren sagt, zur *Versichtbarung des Geistes*.

Das primäre Problem der Seelsorge «ist dieses Sehen, das ein Sehen des Glaubens ist, und dieses Problem ist zunächst das des Seelsorgers und nicht dessen, der Seelsorge sucht.»²⁴ Einen Menschen im Horizont seiner Frühgeschichte zu sehen, wie das der Analytiker tut, erfordert keinen Glauben, ihn hingegen in den Horizont der Gottesgeschichte hineinzustellen und ihn in einem Zusammenhang zu sehen, der ihm selbst noch verhüllt und verschleiert ist, heisst «stellvertretend glauben» und das wiederum meint, über die sinnliche Wahrnehmung hinausschauen.

²² Ebd.

²³ A. a. O., 89.

²⁴ Vgl. a. a. O., 91.

Bohren redet von einer *neuen Art des Sehens*, die sich an der Spannung von Sehen und Glauben, wie sie das Johannesevangelium lehrt, deutlich machen lässt. Das Sehen ist keine Vorbedingung des Glaubens und der Glaube ist nicht die schwächere Form der Gewissheit als das Wissen. Dem Glauben ist vielmehr das Sehen versprochen. Die «Augen des Glaubens»²⁵ vermögen das konkret Sichtbare mit dem Sehen des Auferstandenen zu verquicken. Sein Angesicht ist es, das vor und hinter dem sichtbaren Menschen zu sehen ist. Die Doppelsinnigkeit des Sehens findet sich auch bei Paulus, der «niemand nach dem Fleisch» (2 Kor 5,16) kennen will und eine andere Art der Selektion lehrt: das Entdecken des Menschen in der Perspektive des Auferstandenen. Was sieht aber einer, dessen «Augen des Glaubens» blind sind? Wenn das primäre Problem des Seelsorgers tatsächlich sein Kleinglaube oder sein Unglaube ist, bedeutet es nichts anderes, als dass der Seelsorger sich seiner eigenen Seelsorgebedürftigkeit bewusstwerden muss. «Man kann Seelsorge nur lernen in der Weise, wie man Seelsorge sucht, Seelsorge an sich ausüben lässt.»²⁶

Der Vergleich mit der Psychoanalyse drängt sich auch hier auf. Ein Analytiker, der sich nicht analysieren lässt, taugt nichts. Aber die Mittel und Praktiken, die der Seelsorger übt und mit denen er geübt wird, unterscheiden sich von den Methoden, die den ärztlichen Blick schulen. Was beim sehenden Glauben zum Vorschein kommt, ist nicht in erster Linie Verdrängtes, sondern die verborgene Gegenwart des Geistes. Um Seelsorge empfangen und geben zu können, müssen Organe der Wahrnehmung geübt werden, die diesen Blick schulen. «[D]arum kommt dem Gebet des Seelsorgers, der Schriftmeditation sowie dem brüderlichen Gespräch, in dem er sich vom Geist leiten lässt, entscheidende Bedeutung zu.»²⁷

Davon hängt alles ab: Dass der Seelsorger weiss, dass kein Mensch das Geheimnis seines Sünderseins und seiner Heiligkeit aus sich selbst erkennen kann. Das Auge kann sich nicht selbst sehen – es wird und kann nur sehen kraft der Offenbarung bzw. Sichtbarmachung Gottes in Jesus Christus, der im Verborgenen Menschen sieht. Der *homo absconditus* wartet vergeblich auf einen *homo revelatus*, der ihm das Kryptische seines Wesens enthüllt. Er kann nicht einmal sich selbst entlarven und auf die hässliche Fratze zeigen, ohne sich selber zu entschuldigen, dass er so ist, wie er ist und er wird darum auch

²⁵ Hier mit Bezug auf Johannes Calvins Auslegung von Joh 14,16, in: Auslegung der Heiligen Schrift, Neue Reihe 14 (1964) 360.

²⁶ Bohren, Seelsorge als Wahrnehmung, 92.

²⁷ A. a. O., 93.

nie und nimmer das Geheimnis erkunden, das ihn als Menschen schön macht. Dazu braucht es den *deus revelatus*, den Gott, der sich in der Gestalt Jesu sichtbar macht. Luther bringt den doppelten Zusammenhang genial auf den Punkt:

«Denn wenn Gott nicht zuerst aus sich herausginge und darnach trachtete in uns wahrhaftig zu werden, könnten wir nicht bei uns selbst einkehren und Lügner und Ungerechte werden. Denn der Mensch hätte nicht aus sich selbst wissen können, daß er so vor Gott dasteht, wenn es ihm Gott nicht selbst offenbarte.»²⁸

Man darf in dieser für Luther so typischen Scharfeinstellung auf den Sünder nicht übersehen, was das Ziel der gottgeschenkten Selbsteinsicht und Erkenntnis ist, die den Menschen «als Lügner und Ungerechten» entlarvt. Er soll sich als Sünder erkennen, um es nicht mehr zu sein. Luther geht noch weiter: Der Mensch soll Sünder werden, damit er zur Gerechtigkeit gelangen kann. Das steckt im berühmten Rat an Melanchthon; *pecca fortiter sed fortius fide*. Die Wahrnehmung in Form einer selbstkritischen Selbsterkenntnis muss geübt werden – zum Beispiel in der Predigt. Darauf läuft es hinaus. Dass der Gottesdienst eine Übung wird, bei der eingefleischte Hör- und Sehgewohnheiten vergehen. Aber hat uns diese Selektion auf die selbstkritische Selbsterkenntnis der Sünde nicht eine ebensolche Verzerrung beschert? Es ist das Verdienst von Bohrens (Seelsorge als Wahrnehmung), dass er die Gefahr der Verengung klar gesehen und benannt hat.

«Zweifelloos hat man sich in der Tradition der Reformatoren in der Anthropologie mehr am Rückblick statt am Ausblick orientiert. In der reformatorischen Tradition hat man darum sehr viel von der Sünde geredet, bis man auf einmal nicht mehr wußte, was Sünde ist. Ich denke, es wird besser sein, den Menschen auf seine Zukunft hin zu sehen. Die Wahrnehmung des Menschen geschieht im Blick auf das neue Sein.»²⁹

Es würde hier zu weit führen, auf die konfessionelle Dimension dieser Akzentverschiebung einzugehen. Nur so viel: Der «Blick auf das neue Sein» ist ein Blick, den die orthodoxe Tradition übt, indem der Gläubige sich von den Augen Christi anschauen lässt. Der Blick auf die *Imago Dei* ist nicht mit der Anbetung eines Idols zu verwechseln – so der Vorwurf im Bilderstreit. Wer auf die Augen im Gesicht des Auferstandenen schaut, sieht sich selbst als neuen Menschen – als ein Mensch, der sich in das Bild Christi verwandelt.

²⁸ Bohren zitiert Martin Luther, *Ausgewählte Werke II*, hg. v. Hans Heinrich Borchardt und Georg Merz, München 1957, 99.

²⁹ Bohren, *Seelsorge als Wahrnehmung*, 96.

Bohren setzt einen anderen Akzent. Ihm ist es wichtig, die Selbstisolation des Individuums zu durchbrechen. Seelsorge ist mehr als eine Zweierkiste. Vor allem wenn man bedenkt, dass es nicht das Privileg eines Amtsträgers ist, den Blick auf das neue Sein des Menschen zu üben, sondern die Auf-Gabe aller Gläubigen.

«Im Sehen des anderen konstituiert sich die *communio sanctorum*. Im Sehen beginnt doch wohl das Zusammenspiel zweier Menschen, das wir Interaktion nennen. Im Sehen, im Ansehen, in der Liebe auf den ersten Blick – wenn ich so sagen darf – kommen die Menschen unter die Gnade.»³⁰

Wie lernt man dieses Sehen? Welche Methodik folgt aus der Forderung, «einen Menschen wahrnehmen im Horizont des Immanueb»? Die erste Antwort ist schwierig, aber gut biblisch: Glaube! Die Rückfrage wenig überraschend: Wie soll ich glauben, wenn ich nichts vor Augen habe als den Unglauben des anderen und meinen eigenen Unglauben? Jesus antwortete auf solche Fragen mit der Seligpreisung dessen, der nicht sieht und doch glaubt (Joh 20,29). Die zweite Antwort ist wenig überraschend, aber ebenso biblisch: Wenn der Glaube aus dem Hören kommt (Röm 10,9), kommt das Sehen aus dem Hören.

Das Sehen eines Menschen und seiner Gottesgeschichte lerne ich im Hören auf die Erzählung der Gottesgeschichte. Der Glaube, der aus dem Nichtglauben herausfindet, ist der Glaube, der gehört hat. Im Hören lernen wir das Sehen. Der Glaube, der sieht, was der Unglaube nicht sieht, kommt aus dem Gehör.³¹ Und im Lesen verbindet sich Sehen und Hören. So ist es wenig verwunderlich, dass Bohren behauptet, die Meditation der Schrift sei die Seelschule der Seelsorge. Dabei geht es ihm nicht darum, das Wort mundgerecht zu machen, sondern darum, sein Leben wortgerecht zu bilden. Ebenso wenig geht es darum, Gott brauchbar zu machen, sondern darum, ein Werkzeug seines Friedens zu werden. Die Konzentration auf das Bibelwort setzt beim Lesen an, das der Seelsorgebedürftige für sich und dann auch für andere übt. Seelsorger lesen für andere, wie sie auch für andere bitten. Das entlastet die seelsorgliche Beziehung. Sie läuft nicht nur zwischen zwei Menschen hin und her – sie wird abgelenkt auf ein Drittes, von dem her Kraft und Inspiration erwartet wird: Aber dieses Dritte ist nicht etwas ganz Fremdes. Es ist ER, dessen Gesicht in der Schrift aufleuchtet.

³⁰ Ebd.

³¹ A. a. O., 97.

Bohren erläutert den Zusammenhang an einem Sonderfall der Seelsorge, der Begegnung mit dem Ungläubigen, der vorläufig blind ist dafür, dass Gott bei ihm ist. Es droht die Gefahr, dass der Unglaube des anderen stärker ist als mein Glaube für ihn, dass mir der Unglaube imponiert. Ich kann aber dem anderen nicht zum Glauben helfen, indem ich mich durch seinen Unglauben bestimmen lasse. Vielmehr muss ich lernen, den anderen in seiner Zukunft und Möglichkeit zu sehen, also auf seinen künftigen Glauben hin.³²

Dann wächst aber auch der Leidensdruck. Wir leiden an der Differenz zwischen der Verheissung des Geistes und dem Zustand der Welt. Es kann zur Anfechtung kommen. Unsere Wandlung ins Wort vollzieht sich in Schmerzen. Darum – das *ceterum censeo* – braucht der Seelsorger Seelsorge. Im *Gespräch* geschieht die Veränderung und Verwandlung, die zur Seelsorge erst befähigt. Es ist dies zum einen das geschwisterliche Gespräch und zum anderen das Gespräch mit Gott. Bohren zitiert Bonhoeffer: «Es gibt kein seelsorgerliches Gespräch ohne immerwährendes Gebet zu Gott.»³³

4 Seelsorge als Zeugnis

Die sogenannte «zeugende Pastoral», die sich seit den 1980er Jahren in Frankreich entwickelte, kann als eine Fortsetzung und Vertiefung des ästhetischen Ansatzes verstanden werden.³⁴ Das 1982 von der Vollversammlung der französischen Bischöfe verabschiedete Papier «Pastorale Vorgaben für Einrich-

³² A. a. O., 100.

³³ Dietrich Bonhoeffer, Seelsorge, in: *Gesammelte Schriften V* (1972) 370 zit., in: Bohren, Seelsorge als Wahrnehmung, 102. Bohren zitiert diese Sätze auch in anderen Zusammenhängen, so z. B., in: ders., *Dass Gott schön werde. Praktische Theologie als theologische Ästhetik*, München 1975, 75.

³⁴ Ich beziehe mich auf den Artikel von Hadwig Ana Maria Müller, die in ihrem Beitrag «Anfangendürfen – Seelsorge und Pastoraltheologie» im *Handbuch der Krankenhaus-seelsorge*, hg. von Traugott Roser, Göttingen 2019, 42–53, die wichtigsten Einsichten des Ansatzes bündelt. Wie man *pastorale d'engendrement* übersetzen soll, ist strittig. Hadwig übersetzt zeugende Pastoral mit «Pastoral des Anfangendürfens». Sie schreibt dazu: «Ich ziehe jetzt vor, von der Pastoral des Anfangendürfens zu sprechen. Warum? Der Begriff des Zeugens ist eine Metapher, und es gehört zur Metapher, dass sie nicht stimmt, sie soll gerade irritieren. Es ist hilfreich, durch eine Metapher ins Stolpern zu kommen. Das Stolpern über die Metapher des Zeugens bringt dem Hörer, der Leserin, die untrennbare Verbindung von Glauben und Leben bzw. Leben und Glauben in neuer Weise nahe.» Ausführlicher zur Frage der Übersetzung vgl. auch Hadwig Müller, *Hoffnung des Übersetzens*, in: Reinhard Feiter/dies. (Hg.), *Frei geben. Pastoraltheologische Impulse aus Frankreich, Ostfildern 2013*, 12–19.

tungen des Gesundheitswesens» bildet seine Grundlage. Es geht von der Bestimmung der Seelsorge als einem kirchlichen Handeln aus, das mit der Präsenz Gottes in der Existenz eines Menschen rechnet. Die Empfehlungen für die *Pastorale de Santé* sind bis heute massgeblich für die katholische Krankenhausseelsorge in Frankreich.³⁵ Auffällig ist die starke Betonung der Gesprächskultur innerhalb der Gemeinschaft der für die Seelsorge verantwortlichen Personen. Die Bischöfe ermutigen ausdrücklich dazu, die Krankenhausseelsorge durch die Bildung von Seelsorgeteams und durch die Ernennung von Verantwortlichen, die nicht Priester, wohl aber adäquat ausgebildet sein müssen, zu erneuern.³⁶ Wichtig sind der Austausch und die Kommunikation innerhalb dieser Teams.

Mit dieser Verschiebung vom Zweier- zum Teamgespräch wird ein Anliegen aufgenommen, das auch von Bohren genannt wird, wenn dieser den Sitz im Leben der Seelsorge als *communio sanctorum* bestimmt. Die Erweiterung der Seelsorge im Team erlaubt eine Form der Nachbereitung, die eine neue Kultur der Dokumentation nötig macht und die Umsetzung jener Idee erlaubt, die die Gesundheitspastoral als eine zeugende Pastoral charakterisiert. Worum geht es dabei?

Es geht darum, überraschende Wendungen bei einem Krankenbesuch festzuhalten, im Team zu besprechen und dabei eine pastorale *Relecture* zu erfinden, um den Sinn dessen zu entschlüsseln, was sich in dieser Begegnung mit einem kranken Menschen ereignet hatte. Die *pastorale d'engendrement* ist so gesehen Pastoral und Pastoraltheologie zugleich. Zu Recht hält Hadwig Müller in ihrer Darstellung des Ansatzes fest, dass diese Verbindung die Zuordnung der zeugenden Pastoral zu Ansätzen im deutschsprachigen Kontext erschwere.³⁷ Sie gehöre zu jenem Typ von Pastoraltheologie, der die Praxis der Kirche reflektiert, und genauso zu jenem anderen Typ von Pastoraltheologie, für den die Praxis der Menschen überhaupt Gegenstand und kritische Instanz sei. Christoph Theobald definiert das Proprium auf dem Hintergrund der grösseren Vision wie folgt:

³⁵ «Des Propositions pastorales pour le monde de la santé», unter <https://diocese40.fr/> auffindbar.

³⁶ Vgl. Propositions, 2–4.

³⁷ Hier lassen sich Parallelen zu Bohrens Schaffen entdecken, das eine vergleichbare Weite ausweist.

«Die *zeugende Pastoral* ist [...] nicht eine Pastoral unter anderen und noch weniger eine Technik oder eine besondere Methode, sondern ein Weg zurück zum Ursprungsprinzip der *Pastoralität* – nämlich zu dem, was Geburt und Reifung des Glaubens möglich macht – ein Weg zurück, der möglich und sinnvoll geworden ist *dank* der institutionellen und kulturellen Erosion der Kirche, die Raum gibt, Neuem zum Leben zu verhelfen.»³⁸

Das «Ursprinzip der Pastoralität» beruft sich auf das pastorale Dienstamt Jesu. Das tut sie, wenn sie sich für jede und jeden interessiert, die unerwartet auftauchen, wenn sie die Einzelnen in ihrer Einzigartigkeit und genau an diesem Punkt ihres Lebenswegs respektiert, ohne ein Projekt für sie zu haben, und wenn es ihr gelingt, in glaubwürdiger Weise für sie das *Selig!* der Seligpreisungen zu Gehör zu bringen.³⁹

Es ist eine ähnliche Haltung erkennbar, wie sie Bohren in seiner Seelsorge als Wahrnehmung ortet. Die zeugende Pastoral übt einen Habitus der Empfänglichkeit. Sie hat die Aufgabe, aufmerksam dafür zu sein, in welcher Weise das gute Leben, dem sie zu dienen sich müht, in der anderen Person schon am Werk ist.

Zeugen und Empfänglichkeit sind biblisch verankerte Bildbereiche, die das Vertrauen in das Geheimnis der göttlichen Gegenwart metaphorisch bezeichnen und in die Leiblichkeit einzeichnen. Mit dem Geheimnis wird aber zugleich eine Unverfügbarkeit postuliert, die dem Nichtwissen Raum lässt. Was sich Bahn bricht, verlangt nach einer achtsamen Deutung – weil es geglaubt und erhofft, aber nicht gewusst und nicht immer bewusst ist. Hadwig Müller fasst es wie folgt zusammen:

«Ausgangspunkt einer *Pastoral des Anfangendürfens* ist diese fundamentale Ratlosigkeit. Das Unvermutete, Unwahrscheinliche des Erlebten drängt auf Erklärung. Wer ist der Urheber? Wer ist es, der dieses Anfangen schenkt? Der Seelsorger, der durch die Begegnung mit dem bzw. der Kranken staunend vor einem Anfang steht, von dem er nicht weiß, woher er kommt und wohin er führt? Der kranke Mensch, der – vielleicht durch die Präsenz einer Seelsorgerin an seiner Seite – zu einem unerwarteten Wort, einer überraschenden Geste fähig ist und damit einen geheimnisvollen Anfang setzt? Oder darf in der nicht vorhersehbaren, nicht ge-

³⁸ Christoph Theobald, Heute ist der günstige Augenblick. Eine theologische Diagnose der Gegenwart, in: Feiter/Müller (Hg.), *Frei geben*, 81–109, 103.

³⁹ A. a. O., 105; vgl. auch Christoph Theobald, *Hören, wer ich sein kann. Einübungen, Ostfildern* 2018.

planten oder gar herbeizuführenden Wende einer Begegnung ein Leben selber anfangen, überraschend auch in dem Sinn, dass es das Wissen darüber, was Leben ist, infrage stellt? Ist es der Schöpfer alles Lebendigen, der aufs Neue sein Staunen über die Schöpfung ausruft? Hier liegt der springende Punkt einer *Pastoral des Anfangendürfens* von Leben: Was sich in einer Begegnung ereignet, behält gegenüber allen Versuchen des Erklärens und Verstehens seine Fremdheit, seinen Überraschungscharakter, es bleibt ein Geheimnis.»⁴⁰

Hadwig Müller bezieht sich an dieser Stelle auf Jean-André Nouals Essay «Überraschungen bezeugen».⁴¹ In einer eindrücklichen Fallbeschreibung schildert Noual eine Begegnung mit einer Patientin, die sich massiv gegen die seelsorgliche Intervention wehrt. Die Erzählung illustriert, dass das Nichtwissen unbequem und belastend sein kann, vor allem wenn die einzelne Seelsorgerin damit allein bleibt.

Noual kommt zu einer verblüffend ähnlichen Sichtweise wie Bohren. Wer sich darauf einlässt, die im Gespräch erlebten Überraschungen erinnernd durcharbeiten, kann entdecken, dass

«[...] sich alles so abspielt, als würde ein anderer durch die Person unseres Gegenübers sprechen oder in Erscheinung treten, ohne dass deren Gesicht oder Sprechweise eine Spur davon zu erkennen gibt. Während ich dieser Person zuhöre und meinem Blick nichts Besonderes auffällt, erreichen mich die Worte eines anderen. Man muss sich zweifellos diese Anstrengung der Aufmerksamkeit auferlegen, um dahin zu gelangen, dass wir im Glauben Gott als in einer solchen Begegnung gegenwärtig erkennen.»⁴²

Um diesem Erkennen auf die Spur zu kommen, ist der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen hilfreich. Er hat zwei Elemente: die *Relecture* der Texte aus den Evangelien, die das Urprinzip der Pastoralität erzählend vergegenwärtigen. Sie werden wieder gelesen, um auf ihrem Hintergrund die eigenen Erfahrungen noch einmal zu lesen – was immer auch bedeutet, dass diese biblischen Erzählungen auf dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen neu verstanden werden. Eine solche *Relecture* geschieht in der Gruppe, im Team.

⁴⁰ Müller, *Anfangendürfen*, 48f.

⁴¹ Jean-André Noual, *Überraschungen bezeugen. Relecture einer Praxis in der Krankenhausseelsorge*, in: Feiter/Müller (Hg.), *Frei geben*, 170–189.

⁴² A. a. O., 183.

Damit sie stattfinden kann, ist schriftliches Erzählen nötig. «Die *zeugende Pastoral* [schöpft] ihre Inspiration aus einer bestimmten Art, sich auf die Erzählungen des Ursprungsdokuments des Glaubens, die Bibel, zu beziehen.»⁴³

Es ist gewiss kein Zufall, dass die Anregungen der *zeugenden Pastoral*, wie sie in Frankreich in der Krankenhausseelsorge entwickelt wurde, sich mit den Empfehlungen Bohrens decken. Als Konzept ist es freilich ausgereifter und konsequenter. Betont wird die Notwendigkeit, im Team zu arbeiten. Das gemeinsame Logbuch, in dem der einzelne Krankenhausseelsorger von der einen oder anderen Begegnung erzählt, die ihn verwundert und ratlos hinterlassen hat, ist ein wichtiges Tool für die Kommunikation.⁴⁴ Es handelt sich um eine Art der Dokumentation, die eine Kultur des – schriftlichen und mündlichen – Erzählens erfordert.

«Gegenüber einer in der Kirche eher vertrauten Konzeptsprache hat das Erzählen Vorteile. Es führt in eine begrenzte Zeit ein, in der sich eine Spannung aufbaut. Es öffnet einen Erzählraum, in den Menschen eintreten können. Es weckt die Vorstellungskraft. Es berührt irgendwann immer die Frage «Wer bin ich?» Die Identität der Kranken und die Identität des Seelsorgers stehen infrage. Das Erzählen dient dem Austausch, der wiederum für das Verstehen notwendig ist. Wer sich ans Schreiben begibt und anderen eine Erzählung vorlegt, erlaubt ihnen, einen Blick auf das erzählte Ereignis und auch darauf zu werfen, wie er es bewertet und gewichtet hat. Die Seelsorgerin bleibt nicht in der eigenen Subjektivität gefangen und entgeht der Gefahr der Idealisierung bzw. Dramatisierung.»⁴⁵

Ein «zweites Lesen im Licht des Evangeliums» wahrt die Eigenart der unterschiedlichen Erzählungen und setzt sie zugleich in Beziehung zueinander. Ziel der Relecture ist es, zur Erfahrung der Gegenwart Gottes zu kommen, die in den seelsorglichen Begegnungen am Werk ist.⁴⁶

⁴³ Philippe Bacq, Für eine Erneuerung vom Ursprung her. Auf dem Weg zu einer «zeugenden Pastoral», in: Feiter/Müller (Hg.), Frei geben, 31–55, 42.

⁴⁴ Müller, Anfangendürfen, 43 zitiert hier Christoph Theobald, L'équipe, creuset où se forgent les identités pastorales, in: Aumônerie des hôpitaux; cliniques, maisons de retraite et de cure (A. H.) 169/1 (2001) 4–7.

⁴⁵ Müller, Anfangendürfen, 52 zitiert hier Christoph Theobald, Le récit et la pratique de la relecture pastorale, in: Aumônerie des hôpitaux; cliniques, maisons de retraite et de cure (A. H.) 168/10 (2000) 12–15.

⁴⁶ Ebd.

5 Dokumentation als Wahrnehmung

Am Beispiel der Gesundheitspastoral kann gezeigt werden, warum einer einseitigen und auf rechtliche Aspekte verengten Diskussion der Dokumentation Entscheidendes entgeht. Um die Quintessenz des Gedankengangs zusammenzufassen, scheint mir ein Hinweis auf die *Unverfügbarkeit* als Umschreibung des positiven Geheimnisses passend. Denn das, was letztlich unverfügbar ist, ist Gottes Dienst für den Menschen, die *Cura Dei*, die durch den Dienst der Mitarbeiter Gottes vermittelt einen Frieden schenkt, der höher ist als alle Vernunft und die Herzen und Sinne in Jesus Christus bewahrt (Phil 4,7). Dieses *Geheimnis des Glaubens* kann in der seelsorglichen Begegnung weder erklärt noch versichert, aber es soll geborgen und gewahrt werden, wenn es sich ereignet. *Wie* Heilung geschieht, bleibt im Verborgenen, aber *dass* Heilung geschieht, kommt auf überraschende Weise ans Licht und wird bezeugt.

Natürlich kann man sehr viel mehr dazu sagen, wie sich Heilung psychologisch verstehen lässt und welche Methoden die Chancen für eine heilsame Begegnung erhöhen. Die beiden vorgestellten Ansätze sind darin nicht sonderlich ausgewiesen. Generell gesprochen weisen alle pneumatisch akzentuierten Seelsorgekonzeptionen diesbezüglich eine Schwäche auf. Kritiker monieren, dass der Fokus auf der Wahrnehmung dem Handeln Gottes einen (zu) grossen und dem menschlichen Handeln einen (zu) kleinen Spielraum zulässt.⁴⁷ Man kann in dieser Schwäche aber auch etwas Positives erkennen. Im palliativen Bereich, in dem weniger das Therapeutische (im kurativen Sinn) gefragt ist, wird die Wahrnehmung des Gegenübers zum Schlüssel des seelsorglichen Handelns.

Verbunden ist diese Wahrnehmung mit einer wichtigen Unterscheidung, die verwischt würde, wenn man nur vom dunklen Geheimnis spräche. Das Vertrauliche zwischen Menschen ist nicht mit dem Vertrauen in die verborgene Wirksamkeit Gottes zu verwechseln. Wenn die Seelsorge nur diskret wäre, weil sie Missbrauch verhindern wollte, würde sie eine Gefangene ihrer *Vorsicht*. Die Diskretion – verstanden als Tugend der *Rücksicht* – soll nicht alles bestimmen. Sie darf die Konkretion des Vertrauens, die aus der *Zuversicht* in die *Einsicht* Gottes entsteht, nicht verdrängen. Die Krypta ist kein Kerker! Es

⁴⁷ Vgl. dazu Michaela Christina Hastetter, *Pneumatologische Bildpastoral. Neue Zugänge zur Seelsorge mit Heilig-Geist-Bildern*, Regensburg 2011, 79. Zum Ganzen vgl. Klaus Scheffler, *Seelsorge als spirituelle Erfahrung: Plädoyer für eine pneumatische Seelsorge nach Eduard Thurneysen*, München 2015.

geht um Kostbares oder mit einem Jesuswort gesprochen, um Perlen, die man besser nicht vor die Säue wirft, sondern sorgsam aufbewahrt.

Dazu ist [u. a. auch] die Dokumentation da. Sie soll das Kostbare aufbewahren und den Akt der Aufbewahrung als eine Kultur der Wertschätzung pflegen. Die Seelsorge, die das Gegenüber in dieser Weise liebevoll wahrnimmt, ist eine Seelsorge, die beherzigt, was Jesus sagt. Es ist ganz sicher keine Seelsorge, die plaudert und plappert, sondern eine, die das Geheimnis wahrt, wenn sie behutsam zeigt und bezeugt, was Menschen aus dem Schatz ihrer Krypta offenbaren.

Zusammenfassung: Nicht alles, was verborgen ist, sucht ein Versteck. Vieles von dem, was im seelsorglichen Gespräch an den Tag kommt, ist schön. Es will geborgen, geteilt und bezeugt werden. Diese andere Sicht auf das Geheimnis versteht den Raum des Verborgenen nicht primär als einen Keller für das Verdrängte im Haus der Seele. Mit der architektonischen Metapher der Krypta richtet sich der Blick vielmehr auf einen sakralen Raum, in dem Gottes Gegenwart in einer tieferen Weise erfahren werden kann. Das Geheimnis des Glaubens, das sich hier zeigt, bleibt immer ein anvertrautes Geheimnis. Der Beitrag geht dieser Spur nach und zeigt anhand zweier seelsorglicher Konzepte, welchen Gewinn es bringt, das Seelsorgegeheimnis nicht nur als einen rechtlich geschützten Raum zu betrachten.

Abstract: Not everything that is secret seeks a hiding place. Much of what comes into light in pastoral conversation is beautiful. It wants to be safe, shared and witnessed. This other view of the secret does not primarily understand the space of the hidden as a cellar for the repressed in the house of the soul. With the architectural metaphor of the crypt, the gaze is rather directed towards a sacred space in which God's presence can be experienced in a deeper way. The mystery of faith that is revealed here always remains a mystery entrusted to us. This contribution follows this trail and shows, on the basis of two pastoral concepts, what a benefit it has to regard the pastoral secret not only as a legally protected space.

IV. Interprofessionelle Zugänge

Zuerst heile mit dem Wort – Seelsorge und ihre Dokumentation im klinischen Informationssystem

Gedanken aus klinisch-ethischer Sicht

Settimio Monteverde

Die auf den ersten Blick unscheinbare und zunächst eher technisch anmutende Frage, wie klinische Seelsorge *angemessen* zu dokumentieren sei, entfaltet bei näherer Betrachtung eine überraschende Komplexität. Denn sie berührt Fragen nach der Natur der Medizin und der in ihrem *Namen* oder aber «bloss» in ihrem *Rahmen* wirkenden Akteurinnen und Akteure. Aber auch das Selbstverständnis der klinischen Seelsorge, die Art und Sichtbarkeit ihrer Dienstleistung und ihrer Relevanz für Dritte (d. h. am Seelsorgegeschehen nicht direkt Beteiligte) ist davon berührt. Der vorliegende Beitrag möchte diese Komplexität nachzeichnen. Erst nach dieser grundsätzlichen Klärung ergibt die Erörterung der Frage Sinn, welche Dokumentationspflichten für Seelsorgende bestehen und welche Einsichts- und Zugriffsrechte in das klinische Informationssystem dafür erforderlich sind. Wie die Ausführungen ergeben, kann klinische Seelsorge sowohl nach einem modernen Verständnis von Medizin als auch von Seelsorge als Ausdruck einer *sprechenden Medizin* verstanden werden, die auf die Wirkung des Wortes baut. Vor diesem Hintergrund erscheint eine angemessene Dokumentation der klinischen Seelsorge nicht nur als *optional*, sondern als Notwendigkeit einer sich ganzheitlich verstehenden Medizin und einer interprofessionell getragenen Sorgeskultur, welche sich konsequent am Menschen als bio-psycho-soziales und spirituelles Wesen orientiert.

1 Drei Phantome

Heute ist unbestritten, dass die Integration der spirituellen Dimension im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und damit einhergehender Bedürftigkeit ein fester Bestandteil einer sich ganzheitlich verstehenden Medizin ist. Die Forderung nach Ganzheitlichkeit zeigt sich nicht nur in der Etablierung diverser

medizinischer «Bindestrich»-Disziplinen wie der Psychosomatik, Palliativmedizin oder Psychoonkologie, usw., sondern auch in der Etablierung der klinischen Seelsorge und in ihrer Sichtbarkeit im klinischen Alltag. Vielerorts spiegelt auch die Gesundheitsgesetzgebung diesen Anspruch – etwa in der gesetzlichen Festlegung eines umfassenden Basispakets im Rahmen einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung, im Recht auf Zugang zu klinischer Seelsorge oder in Grundsatzserklärungen zu den Zielen, Möglichkeiten und Grenzen heutiger Medizin.¹ In ihrem Standardwerk zur klinischen Ethik zählen Jonsen, Siegler und Winslade² explizit klinische Seelsorgende neben Arzt- und Pflegepersonen, Sozialarbeitenden, klinischen Ethikerinnen und Ethikern usw. zum Kreise der *clinicians*, d. h. der Klinikerinnen und Kliniker.³

Wer John Paleys radikaler Dekonstruktion des Konzeptes der Spiritualität in der Medizin⁴ folgt, welche der Autor ursprünglich im Kontext der pflegewissenschaftlichen Bearbeitung des Themas vorgenommen hat, mag durch solch eine Zuschreibung alarmiert sein. Sie kann – wie vom Autor jüngst vorgeschlagen – als Zeichen einer «inflationären» Präsenz des Themas in der Klinik gedeutet werden, oder sogar als politischen Versuch einer Kognitionswissenschaft der Religion⁵ (sic), unter dem Deckmantel des Spirituellen gewissermaßen *undervcover* den Einfluss des *Religiösen* im Klinikalltag stärken zu wollen.⁶ Während Paley eine solche von ihm als «inflationär» bezeichnete Präsenz vor allem im US-amerikanischen Kontext verortet, spricht er für Europa von einer «deflationären» (im Sinne von verwässerten, unscharfen, aber immer noch breit wahrnehmbaren) Präsenz des Spirituellen im klinischen Kontext.⁷

Die Fundamentalkritik von Paley kann an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Für das Verständnis klinischer Seelsorge ist aber ihre implizite Grundannahme von Bedeutung, dass zwischen Medizin und Spiritualität eine Art naturgegebener *Dichotomie* besteht, die es zu beachten gilt. Ausdruck dieser

¹ Rita Famos/Matthias Felder/Felix Frey/Matthias Hügli/Thomas Wild, Dem Anvertrauten Sorge tragen. Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge, Bern 2016, 23f; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts, Basel 2004.

² Albert Jonsen/Mark Siegler/William Winslade, *Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, New York 82015.

³ A. a. O., 1.

⁴ John Paley, *Spirituality and nursing: a reductionist approach*, in: *Nursing Philosophy* 9 (2008) 3–18; John Paley, *Spirituality in health care*, in: Thomas Schramme/Steven Edwards (Hg.), *Handbook of the philosophy of medicine*, Dordrecht 2017, 504–527.

⁵ John Paley, *Cognitive science of religion*, in: *Nursing Philosophy* 16 (2015) 213–225.

⁶ Paley, *Spirituality in health care*, 513.

⁷ A. a. O., 519.

Grundannahme ist die Sorge, dass «das Spirituelle» auf die Medizin übergreife, respektive letzterer gleichsam *überstülpt* werde, wie es Paleys Metapher der Inflation beschreibt. Mit der Annahme einer solchen Dichotomie könnte der Grund zur Sorge aber auch umgekehrt darin gesehen werden, dass die Medizin auf das Spirituelle übergreife, respektive diesem überstülpt werde. Dadurch würde Letzteres in seiner Eigenständigkeit verschwinden oder – im Extremfall – zu einer gewöhnlichen Dienstleistung verkümmern, was die Metapher der Deflation zum Ausdruck bringt.⁸ Stark vereinfacht führt die Annahme einer solchen Dichotomie zu drei unterschiedlichen Sorgen:

- Erstens die Sorge, dass das Spirituelle im klinischen Alltag das Medizinische vereinnahmt und dadurch zu stark an Einfluss gewinnen könne (Spiritualisierung der Medizin).

- Zweitens die Sorge, dass umgekehrt das Spirituelle durch das Medizinische vereinnahmt werde, als Teil der Therapie verstanden und gleichsam verordnet werde (Medikalisierung der Spiritualität).

- Drittens schliesslich die Sorge, dass Spiritualität zu einer Art Ware oder Dienstleistung innerhalb eines medizinischen Warenkorbs verkümmere, die in ihrer Eigenständigkeit nicht mehr erkennbar («deflationiert») ist und nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage verteilt und verwaltet wird (Kommodifizierung der Spiritualität).

Unter der Annahme einer Dichotomie zwischen Medizin und Spiritualität, die eine scharfe Trennung beider Domänen im klinischen Alltag fordert, erscheinen folglich drei Phantome⁹ am Horizont, welche Paleys Fundamentalkritik erweitern: die Spiritualisierung der Medizin, die Medikalisierung und die Kommodifizierung der Spiritualität. Auch wenn diesen Phantomen unterschiedliche, ja sogar entgegengesetzte Ängste zugrunde liegen, ist ihnen die Annahme der Dichotomie gemeinsam. Wird diese Annahme geteilt, müsste der Zugang zu Information und die Dokumentation der klinischen Seelsorge im Klinikinformationssystem von Grund auf skeptisch betrachtet werden, denn klinische Seelsorgende wären nur *im Rahmen* der Klinik tätig, also keine *clinicians* im engeren Sinne.¹⁰ Dies könnte auf der einen Seite mit dem Schutz medizinischer Informationen und Daten gegenüber unbefugten Dritten begründet werden, auf der anderen Seite mit der klinischen Seelsorge

⁸ Ebd.

⁹ Im Sinne von Bildern oder Trugbildern, die Empfindungen wiedergeben, aber empirisch schwer belegbar sind; vgl. www.duden.de/node/111018/revision/111054; 08.12.2019.

¹⁰ Vgl. Jonsen/Siegler/Winslade, Clinical ethics.

als besonderen, respektive gesonderten Raum, wie er zum Beispiel durch das theologische Konstrukt des Seelsorge- oder Beichtgeheimnisses zum Ausdruck gebracht wird. Eine solche Sichtweise hätte weitreichende Folgen nicht nur für die klinische Seelsorge, sondern auch für andere Dienste, welche nicht direkt am Behandlungsprozess beteiligt sind, sondern beratend, begleitend oder konsiliarisch herbeigezogen werden, so etwa die klinische Ethik, den Sozialdienst oder Dienste für die psychologische Unterstützung des familiären Systems.

2 Klinische Seelsorge als Ausdruck einer sprechenden Medizin

Spätestens an dieser Stelle wird die Frage laut, ob die Beschreibung des Verhältnisses zwischen Medizin und Spiritualität als *Dichotomie* die einzig mögliche Sichtweise ist. Nicht nur die scharfe Trennung in eine Welt der Fakten und eine Welt der Werte erscheint darin problematisch, sondern auch stereotype Vorstellungen darüber, was den Kern der Medizin und den Auftrag der Seelsorge ausmache. Darüber hinaus lassen sich die Phantome einer Spiritualisierung der Medizin oder einer Medikalisierung, respektive Kommodifizierung des Spirituellen empirisch nur schwer fassen. So wenig wie Medizin eine rein positivistische Wissenschaft ist, die sich nur in einer Welt reproduzierbarer Fakten und Kausalitäten bewegt,¹¹ so wenig ist auch Seelsorge eine Disziplin, die sich auf die Domäne subjektiver, auf Weltanschauungen beruhender Werte beschränkt. Vielmehr ist beiden gemeinsam, dass sie den Menschen als bio-psycho-soziales und spirituelles Wesen betrachten, welches erst durch einen natur-, sozial- und geisteswissenschaftlich fundierten Zugang in seiner Vollständigkeit und Vielschichtigkeit verstanden werden kann.¹²

Wie das in der Diskussion um die Fundamentalkritik von Paley formulierte Verdikt des *Reduktionismus* zeigt,¹³ mündet die Frage nach einem angemessenen Verständnis von klinischer Seelsorge (und der daraus abgeleiteten Frage nach der angemessenen Dokumentation ihrer Tätigkeit) in die Frage nach einem angemessenen Verständnis von *Medizin*. Sie ist also zum einen hermeneutischer Natur, weil sie nach der *Bedeutung* ärztlichen, pflegerischen

¹¹ Tanja Krones, Empirische Methodologien und Methoden der angewandten und der empirischen Ethik, in: Ethik in der Medizin 21 (2009) 247–258.

¹² A. a. O., 250.

¹³ Barbara Pesut, A reply to «Spirituality and nursing: a reductionist approach» by John Paley, in: Nursing Philosophy 9 (2008) 131–137; Steve Nolan, In defence of the indefensible: an alternative to John Paley's reductionist, atheistic, psychological alternative to spirituality, in: Nursing Philosophy 10 (2009) 203–213.

oder seelsorglichen Handelns für die Beteiligten fragt. Zum anderen aber ist sie auch ontologischer Natur, weil sie nach dem *Wesen* von Medizin fragt, in dessen Kontext sich klinische Seelsorge ereignet.¹⁴ Die Diskussion über das Wesen der Medizin ist eng verwoben mit der Diskussion über die *Ziele* der Medizin, wie sie paradigmatisch kurz vor der Jahrtausendwende durch das *Hastings Center* initiiert wurde. Darin wurden vier Ziele ausgearbeitet:¹⁵

- (1) die Verhütung von Krankheiten sowie die Gesundheitsförderung,
- (2) die Linderung von krankheitsbedingten Schmerzen und Leiden,
- (3) die Behandlung und Heilung von Menschen mit einer Krankheit und die Pflege von Menschen, die nicht geheilt werden können,
- (4) die Verhinderung eines frühzeitigen Todes und das Streben nach einem friedlichen Tod.

Das *Leiden* als menschliche Urerfahrung erfährt im therapeutischen Handeln in Form von Heilung und Linderung eine menschliche Antwort, die, wie bereits im Schrifttum Hippokrates' dokumentiert, wissenschaftlich fundiert zu erfolgen hat.¹⁶ Somit verfolgt auch medizinische Erkenntnissuche nicht einzig das Ziel, generalisierbares Wissen zu mehren, sondern auch, zu einem guten Leben (und Sterben) beizutragen. Als Handlungs- und Heilwissenschaft,¹⁷ welche sich im Dienste der sozialen Gemeinschaft sieht, hat Medizin ein Methodenrepertoire, das es ihr ermöglicht, ihre Ziele zu erreichen. Gerade als *sprechende Medizin* verfügt sie mit dem Medium der Sprache, respektive des Worts über ein Mittel, dessen heilsame Wirkung nicht nur psychologisch, sondern auch neurowissenschaftlich und psychoimmunologisch belegt ist.¹⁸ Als Programm einer sprechenden Medizin führt Egger¹⁹ das aus der Tradition der griechischen Tempelmedizin, später von Paracelsus aufgegriffene Diktum auf: «Zuerst beile mit dem Wort, dann mit der Arznei und zuletzt mit dem Messer.» Unter den Berufen, die mit dem Werkzeug der Sprache verknüpft sind und

¹⁴ Timothy Kirk, Nursing, spirituality and the work of Paley and Pesut, in: Nursing Philosophy 20 (2019) e12261.

¹⁵ Mark Hanson/Daniel Callahan (Hg.), The goals of medicine: The forgotten issues in health care reform, Washington, DC 1999.

¹⁶ Eric Cassell, The nature of suffering and the goals of medicine, in: New England Journal of Medicine 306 (1982) 639–645.

¹⁷ Krones, Empirische Methodologien, 250.

¹⁸ Christian Schubert, Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie, Stuttgart 2015; Josef Egger, Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin, Wien 2017.

¹⁹ Egger, Theorie und Praxis, 191.

eine *explizit helfende* (sic) Aufgabe haben, führt der Autor auf gleicher Höhe wie Ärztinnen und Ärzte auch Seelsorgende auf.²⁰

Als Helferinnen und Helfer mit dem Medium des Worts, das sowohl in theologischer Hinsicht als *Wort Gottes*, aber auch in psychologischer Hinsicht als *Dialog* mit dem Gegenüber bedeutungsoffen ist, sind klinisch Seelsorgende Ausdruck einer sich auch sprechend verstehenden Medizin, die mit anderen Berufen die Erfahrung der heilsamen Kraft des Wortes teilen. In diesem Sinne ist es nicht nur legitim, sondern auch notwendig, klinisch Seelsorgende zu den *clinicians*²¹ zu zählen, ohne Angst zu haben, die geschilderten Phantome heraufzubeschwören. Dies, weil im Sinne von Egger unterschiedliche Berufe helfende Aufgaben haben, die in ihrer Zusammenarbeit erst eine ganzheitliche Medizin ermöglichen, welche *Wort, Arznei* und *Messer* differenziert anwendet.

3 Die Dokumentation klinischer Seelsorge als integraler Bestandteil einer ganzheitlichen Medizin

Ist klinische Seelsorge Teil einer sich als sprechend verstehenden Medizin, muss sowohl der Zugang zum klinischen Informationssystem gesichert sein, als auch die Möglichkeit bestehen, Seelsorge angemessen zu dokumentieren. Dabei besagt angemessen, dass die Dokumentation die besonderen Rahmenbedingungen der Seelsorgebeziehung zu spiegeln hat. Was dies konkret bedeutet, wird in den folgenden Abschnitten ausgeführt. Wesentliche Gründe für dieses Postulat liegen auch in Entwicklungen innerhalb der klinischen Seelsorge selber und in ihrer Spezialisierung durch wirkmächtige Konzepte wie die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers in Form des *Clinical Pastoral Training* oder neueren spitalseelsorglichen Konzepten.²² Klinische Seelsorgende verfügen über relevantes klinisches, psychologisches und seelsorgliches sowie theologisches Wissen, um Patienten in ihrer Situation zu verstehen und sie wirksam zu begleiten.

Ruffs bekannte US-amerikanische Untersuchung *Leaving Footprints*²³ (deutsch: *Fussspuren hinterlassen*) zeichnet für die USA ein eindrückliches Bild dessen, wie sich die klinische Seelsorge etablieren und professionalisieren

²⁰ Egger, *Theorie und Praxis*, 208.

²¹ Vgl. Jonsen/Siegler/Winslade, *Clinical ethics*.

²² Vgl. für die USA Tim Ford/Alexander Tartaglia, *The development, status, and future of healthcare chaplaincy*, in: *Southern Medical Journal* 99/6 (2008) 675–679.

²³ Robert Ruff, *Leaving footprints: the practice and benefits of hospital chaplains documenting pastoral care activity in patients' medical records*, in: *Journal of Pastoral Care* 50/4 (1996) 383–391.

konnte und wie ihr Beitrag in der Versorgung von Patientinnen und Patienten für das ganze interprofessionelle Team von Nutzen ist. Klinische Seelsorgende lassen sich nicht auf Geistliche reduzieren, die Sakramente verwalten und Gemeindemitglieder besuchen. Vielmehr begleiten sie mit ihren Kompetenzen Menschen in der Bewältigung komplexer existentieller Lebensaufgaben *professionell* – und sie dokumentieren diese professionelle Begleitung auf eine Art und Weise, die valide, d. h. in Bezug auf spirituelle Fragen aussagekräftig, aber auch reliabel, d. h. intersubjektiv nachvollziehbar, ist.

Gerade im digitalen Zeitalter bleibt die Bedeutung von Kommunikation über den Austausch von Information hinaus zentral. Kommunikation ist auch im therapeutischen Umfeld eine Grundform menschlicher Interaktion. Was im digitalen Zeitalter aber an Bedeutung gewinnt, ist die Dokumentation. Denn was nicht dokumentiert ist, hat nicht stattgefunden, kann in seiner Wirkung und in seinem Nutzen nicht erfasst werden und läuft Gefahr, in ein digitales Niemandsland und in den Bereich des *Optionalen* zu rutschen, das sich leicht wegrationalisieren lässt, wenn sich die Rahmenbedingungen ändern. Für Ruff greift deshalb auch der Rekurs auf das Beichtgeheimnis und die darin enthaltene Verschwiegenheitspflicht zu kurz. Letztere wurde als Argument vorgebracht, um die Berechtigung der Dokumentation von Seelsorge grundsätzlich zu hinterfragen. Dafür hatten sich das Mediziner-Ehepaar Loewy stark gemacht.²⁴ Beide gingen stark vom Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Seelsorgeperson aus. Ruff wollte mit dieser Kritik keineswegs bestreiten, dass das Beichtgeheimnis seine Berechtigung habe. Er wollte nur zum Ausdruck bringen, dass sich dieses nicht eignet, um die Frage zu klären, wie moderne klinische Seelsorge adäquat zu dokumentieren ist. Dass klinische Seelsorge dokumentiert *wird*, ist für Ruff kein Standesprivileg, sondern eine Bedingung ihrer Professionalität. Die Dokumentation der klinischen Seelsorge reiht sich ein in eine Reihe von unterschiedlichen nicht-ärztlichen und nicht-pflegerischen Professionen, die ihre Tätigkeit mit dem Patienten schriftlich festhalten. Darunter zählen Psychologinnen und Psychologen, aber auch Sozialarbeitende, klinische Ethikerinnen und Ethiker sowie Juristen. Diese bezeichnete der Sozialmediziner David Rothman als *strangers at the bedside*, Fremde am Krankenbett, die keine weissen Kittel trugen, aber doch relativ bald die Spitalszenerie prägten.²⁵ Zu den ersten Fremden, die noch vor den

²⁴ Roberta Loewy/Erich Loewy, Healthcare and the hospital chaplain, in: Medscape General Medicine 9/1 (2007) 53–57.

²⁵ David Rothman, Strangers at the bedside: A history of how law and bioethics transformed medical decision-making, New York 1991.

Ethikern und Juristen am Bett standen und keine weissen Kittel trugen, zählt Rothman interessanterweise die *healthcare chaplains*, d. h. die klinischen Seelsorger. Sie alle tragen gerade durch die Dokumentation ihrer Tätigkeiten zu einer ganzheitlicheren Versorgung bei, in der auch spirituelle Fragen professionell angesprochen werden.

Doch wie muss eine solche Dokumentation gestaltet sein, damit sie als Ausdruck von Professionalität gelten kann? *Leaving footprints*, Fussabdrücke hinterlassen, wie es Ruff zum Ausdruck brachte, stellt auf den ersten Blick eine ansprechende Metapher dar. Doch wird schon bald die Frage laut: Wofür stehen diese Fussabdrücke, was bedeuten diese Spuren? Reicht die Information, dass die Seelsorgeperson *da* war oder sollte diese Information doch aussagekräftiger sein und z. B. darüber informieren, welche Beobachtungen und Einschätzungen die seelsorgliche Fachperson für das interprofessionelle Team als relevant betrachtet? In ihrer vor 3 Jahren erschienenen Studie zu Seelsorgedokumentationen auf der Intensivstation geben Lee und ihr Team²⁶ ein ernüchterndes Bild: *Documenting presence*, Präsenz zu dokumentieren, d. h. sagen, dass die Seelsorgerin *da* war, aber nicht sagen, *wie* sie *da* war, ist für ein Versorgungsteam, das das ganze Spektrum interprofessioneller Kompetenzen benötigt, nur begrenzt hilfreich. Die Studie von Lee untersuchte Dokumentationen von Seelsorgenden auf einer Intensivstation und kam zum Schluss, dass die Einträge oft kodifiziert, nicht intuitiv nachvollziehbar waren und vor allem mit der Botschaft *Ich war da* gelesen wurden. Die Autorinnen und Autoren der Studie kommen zum Schluss, dass solch eine kodifizierte Sprache den Anforderungen an eine moderne Dokumentation nicht gerecht werde. In ihr geht es also nicht nur darum, Präsenz zu markieren, sondern die Wirksamkeit dieser Präsenz zu dokumentieren, respektive festzuhalten, worin ihr Mehrwert besteht. Und dies in einer Sprache, die für Klinikerinnen und Kliniker zugänglich ist und anschlussfähig, weil sie die Welt der Therapie mit der Lebenswelt des Patienten und der Patientin, respektive mit dem Erleben der Situation annäherte. Solch ein Angebot müsse, so die Autorenschaft, für die Betroffenen aufsuchend sein und nicht zuwartend, bis jemand Bedürfnisse nach Spiritual Care äussere.²⁷ Gerade hier zeigt sich die Schwierigkeit einer

²⁶ Brittany Lee/Farr Curlin/Philip Choi, Documenting presence: A descriptive study of chaplain notes in the intensive care unit, in: Palliative and Supportive Care 15/2 (2017) 190–196.

²⁷ Lee/Curlin/Choi, Documenting presence, 194.

Dokumentation klinischer Seelsorge, *klinisch relevante* Informationen bereitzustellen, die für das interprofessionelle Team nützlich und aussagekräftig genug sind und nicht bloss als *Platzhalter für das Unsagbare* dienen.

4 Vertraulichkeit versus Privatheit

Mit Interesse lese ich Dokumentationen von Kolleginnen und Kollegen, welche zu verstehen helfen, mit welchen spirituellen Fragen sich die betroffene Person beschäftigt, was ihr Sinn und Kraft gibt, mit welchen Fragen sie hadert und was ihr hilft, den Weg mit der Krankheit zu gehen. Solche Informationen sind wertvoll, denn sie tragen auch zu einem Reframing von ethischen Fragen bei, die sich rund um die klinische Entscheidungsfindung stellen, bei denen es um die Tragweite von Therapieoptionen geht und um Therapieziele, die für die betroffene Person erstrebenswert sind, unabhängig davon, was medizinisch möglich ist.

Klar zu trennen sind diese *gewöhnlichen* Informationen, die für die klinische Entscheidungsfindung wichtig sind und die Patientinnen und Patienten den Seelsorgenden, aber auch anderen Personen offenbaren können, von den *besonderen* Informationen, von denen die Beteiligten in der Situation damit rechnen oder vereinbaren, dass sie Teil eines Konstruktes sind, das in theologischer Sprache mit dem Begriff des *Beichtgeheimnisses* umschrieben wird. Gewöhnliche Informationen können unschwer zu den Inhalten des Seelsorgegeheimnisses gezählt werden, dem klinische Seelsorgende *ex officio*, d. h. kraft ihrer Expertise und ihres Zuständigkeitsbereichs, verpflichtet sind. Sie sind vergleichbar mit den Informationen, die im Rahmen des ärztlichen, pflegerischen oder physiotherapeutischen usw. Assessments erhoben werden, respektive ergänzen diese um das spirituelle Assessment. Im Umgang mit besonderen Informationen jedoch nehmen klinische Seelsorgende eine andere Rolle ein: nicht die als spirituelle Beratende, sondern als Geistliche. Und für diese Art von Informationen gilt es mit den Betroffenen zu klären, ob eine Dokumentation erfolgen soll und auf welche Art sie erfolgen kann.

Während das Recht auf *Vertraulichkeit* für alle Mitglieder des interprofessionellen Teams gilt und sich auf alle gewöhnlichen Informationen erstreckt, die im Zusammenhang mit der Berufsausübung in Erfahrung gebracht werden, steht beim Beichtgeheimnis und der *besonderen* Information, welche dieses umfasst, das Recht auf *Privatheit* im Vordergrund: Hier rechnet das offenbarende Gegenüber ganz fest damit, dass die Fachperson verschwiegen bleibt. Diese Erwartung ist ja der explizite Grund dafür, dass sich der Betroffene bei

der Fachperson offenbart. Eine klare Abgrenzung zwischen vertraulichen und privaten Informationen vorzunehmen, mag im Einzelfall schwierig sein und bedarf einer expliziten Auftragsklärung mit der betroffenen Person. Sie zu ignorieren verletzt Grundrechte wie das Recht auf Privatsphäre und auf Meinungsfreiheit, respektive religiöse Freiheit. Ihr aber ein exzessives Gewicht zu verleihen, respektive aus Angst vor einer Verletzung der Privatheit auch gewöhnliche Informationen nicht zu dokumentieren, untergräbt das Potenzial der klinischen Seelsorge, Betroffene und Fachpersonen in der Sinnsuche zu unterstützen, was dem ganzen Team zugutekommt. Zu ergänzen ist, dass das Phänomen des Beichtgeheimnisses vom Gehalt her nicht nur dem Seelsorgeberuf eigen ist. Alle Fachpersonen können in die Situation geraten, nicht nur gewöhnliche Informationen zu erhalten, sondern *ad personam* auch *private*, bei denen das Gegenüber fest damit rechnet, dass diese nicht dokumentiert oder sonst wie weitergegeben werden. So berichten Arzt- und Pflegefachpersonen immer wieder, dass Patientinnen oder Patienten ihnen anvertrauen, mit dem Gedanken zu spielen, sich mit einer Sterbehilfeorganisation das Leben zu nehmen. Sie zögern aber, dies dem Behandlungsteam oder der Familie mitzuteilen. Hier gilt es im Einzelfall abzuklären, wie mit dieser Information umzugehen ist. Dies wird abschliessend theologisch mit einem Rückgriff auf Hakers Konzept der moralischen Vulnerabilität begründet.

5 Ein theologisches Caveat

Trotz der anfänglichen Begeisterung, alle Phantome rund um die Beziehung zwischen Medizin und Spiritualität erfolgreich vertrieben zu haben, und der Feststellung der Notwendigkeit, klinische Seelsorge angemessen zu dokumentieren, bleibt am Ende der Ausführungen so etwas wie ein theologisches *Caveat* bestehen. Dieses betrifft die oben vorgenommene Unterscheidung zwischen der Verschwiegenheit und der Privatheit im Umgang mit Informationen, die im klinisch-seelsorglichen Kontext ausgetauscht werden, respektive zwischen Seelsorge- und Beichtgeheimnis. Während bei ersterem eine Default-Option denkbar ist, die Teil der allgemeinen Einwilligung der Patientinnen und Patienten in die Dokumentation und Weitergabe von Daten ist, bedarf es bei letzterem einer expliziten Klärung mit den Betroffenen, wie die Information in die Dokumentation einfließen darf. Ein solches Beichtgeheimnis ist nicht statisch zu sehen (wie z. B. ein Resultat einer Blutentnahme oder ein Röntgenbefund), sondern dynamisch, insofern, als es interpersonal zwischen Seelsorgeperson und Patientin entsteht und (nur) durch diese geteilt

wird, was mit dem Begriff der Privatheit zum Ausdruck gebracht wird. Über dieses *interpersonale* Geschehen sollten Patientinnen und Patienten das volle Wissen darüber haben, was mit diesen Informationen geschieht. Dies ist dort von besonderer Wichtigkeit, wo klinisch Seelsorgende den Eindruck haben, dass diese Informationen behandlungsrelevant sind. Das schützenswerte Gut ergibt sich also weniger aus der informationellen Selbstbestimmung des Patienten, sondern aus dem Vertrauenskontext der Beziehung, ihrer Intimität und den daraus resultierenden gegenseitigen Erwartungen. Das hier zu schützende Beichtgeheimnis ist geistlicher Natur, dessen Dokumentation darf nur nach einer expliziten Auftragsklärung mit der betroffenen Person erfolgen. Begründet werden kann es mit dem, was Haker als *moralische Vulnerabilität* bezeichnet:²⁸ Menschen sind allgemein oder existentiell vulnerabel, weil die Krankheit oder das Schicksal sie vor Entscheidungssituationen stellt, denen sie sich nicht gewachsen fühlen. Ein grosser Teil der klinisch-ethischen Arbeit besteht im reflektierten Umgang mit dieser allgemeinen Vulnerabilität. Doch Menschen werden auch *moralisch* vulnerabel, wenn sie in diesen neuen Situationen nach Hoffnungen ringen, wenn sie nach Sinn suchen und in dieser Suche, in den Worten Hakers, ein *moralisches Ausgeliefertsein*²⁹ erfahren. Nur im *Trost*, so Haker, entdecken sie die Möglichkeit der Selbstdistanzierung von dem, was sie im Innersten bedroht. Einen solchen Trost zu spenden und zu empfangen ist etwas Intimes. Hier ist der im eigentlichen Sinn *geistliche* Auftrag der klinischen Seelsorge zu suchen, der aus den Quellen des Glaubens schöpft. Einen solchen Prozess zu dokumentieren kann entblössend sein, wenn das Gegenüber nicht weiss, wer zu dieser Information Zugang hat. Und aus diesem Grunde sollte es die Möglichkeit haben, dies zu erfahren. Dies kann für gewöhnliche Informationen beim ersten Seelsorgekontakt geschehen oder aber als Default-Option im Rahmen der allgemeinen Behandlungsvereinbarung erfolgen. Hier sollte aber idealerweise die klinische Seelsorge explizit aufgeführt sein. Bei privaten Informationen sollte hingegen immer explizit erfragt und entsprechend dokumentiert werden, dass die betroffene Person eingewilligt hat.

²⁸ Hille Haker, Vom Umgang mit der Verletzlichkeit des Menschen, in: Monika Bobbert (Hg.), Zwischen Parteilichkeit und Gerechtigkeit. Schnittstellen von Klinikseelsorge und Medizinethik, Münster 2015, 195–227.

²⁹ Haker, Umgang mit der Verletzlichkeit.

6 Fazit

Klinische Seelsorge muss dokumentiert werden, damit sie ihren Beitrag zu einer sich ganzheitlich verstehenden Medizin leisten kann. Angemessen ist die Dokumentation dann, wenn sie die klinische Praxis unterstützt, der Frage nach dem Sinn einen festen Platz zu geben. Angemessen ist sie in einem ethischen Sinne aber auch dann, wenn sie transparent erfolgt, Patientinnen und Patienten darüber informiert sind, die Möglichkeit haben, darin einzuwilligen und wissen, dass sie durch das Seelsorge- respektive Beichtgeheimnis in ihrer moralischen Vulnerabilität geschützt sind.

Zusammenfassung: Ob und wie klinische Seelsorge dokumentiert werden soll, ist eine Frage, die nicht nur technischer Natur ist. Sie betrifft das Selbstverständnis der Medizin und der in ihr wirkenden Akteurinnen und Akteure. Wird der Mensch nicht nur als biologisches, sondern als bio-psycho-soziales und spirituelles Wesen verstanden, stellt die Dokumentation des Seelsorgegeschehens im klinischen Informationssystem ein unverzichtbares Element dar, damit die Medizin diesem ganzheitlichen Auftrag nachkommen kann. Im Konzept der sprechenden Medizin, welches nach altgriechischer Tradition neben Arznei und Messer auch vom Wort als Therapeutikum ausgeht, findet sich zudem ein Anknüpfungspunkt, der auch eine genuin theologische Begründung dieser Notwendigkeit ermöglicht. Die Wirksamkeit des gesprochenen Wortes nachvollziehbar zu dokumentieren ist keine Eigenheit der klinischen Seelsorge und stellt eine Aufgabe des gesamten interprofessionellen Teams dar. Andererseits findet Seelsorge in einem geschützten Raum statt. In diesem üben seelsorgliche Fachpersonen neben beratenden und stützenden auch geistliche Funktionen aus und erfahren das Gegenüber auch in seiner moralischen Vulnerabilität. Dies wiederum setzt besondere Anforderungen an die Dokumentation der klinischen Seelsorge, respektive an das Verständnis des Seelsorge- und Beichtgeheimnisses, welche der Beitrag abschliessend diskutiert.

Abstract: Whether and how hospital chaplaincy care should be documented in the medical records is a question that is not only of a technical nature. It concerns the very conception of medicine and its protagonists. If human nature is understood as having not only a biological, but a bio-psycho-social and spiritual dimension, the documentation of chaplaincy care in the clinical information system is an indispensable element so that medicine can fulfil its holistic aim. In the concept of speaking medicine, inspired by the ancient

Greek tradition, both the spoken word, the drug and the knife are considered as therapeutics. This distinction allows also a genuinely theological justification of the necessity to document chaplaincy care. Documenting the effectiveness of the spoken word in a comprehensible way is a task that healthcare chaplains share with the entire interprofessional team. On the other hand, chaplaincy care takes place in a protected space where chaplaincy experts not only exercise advisory or supporting functions, but also spiritual ones. In these roles, they experience the moral vulnerability of the interlocutor. This in turn places special demands on the documentation of chaplaincy care and on the understanding of both the professional and the confessional secrecy, which the contribution finally discusses.

Klinische Dokumentation spiritueller und existenzieller Aspekte

Erfahrungen und Anregungen aus psychiatrischer
und seelsorglicher Perspektive

Josef Jenewein/ Alois Metz

1 Klinische Dokumentation

Die Psychiatrie und ärztliche Psychotherapie haben als medizinische Disziplinen eine lange Erfahrung in der Dokumentation. Wie in allen medizinischen Fächern ist eine sorgfältige Dokumentation zunächst aus juristischen Gründen vorgeschrieben. Diese Dokumentation beinhaltet zunächst eine explizite Einwilligung des Patienten für diagnostische und therapeutische Interventionen. Alsdann muss die gesamte Diagnostik und Behandlung dokumentiert werden, so dass für den Patienten selbst, der jederzeit Einsichtsrecht in die Dokumentation hat, sowie andere Ärzte der Behandlungsprozess lückenlos nachvollziehbar ist. Diese Vorgaben, deren juristische Grundlagen im Abschnitt «Ethische und juristische Perspektiven» genauer ausgeführt werden, sind gerade im Bereich der Psychiatrie eine grosse Herausforderung, zumal es sich häufig um sehr persönliche Daten handelt, die sich zudem nicht selten auch auf Angaben von Drittpersonen wie Angehörige, Behörden usw. stützen. Das bedeutet, dass eine sorgfältige Abwägung zwischen Dokumentationspflicht und Datenschutz erforderlich ist. Die Sorgfalt im Umgang mit Patientendaten ist heute noch dringlicher, da sämtliche Krankengeschichten in elektronischer Form vorliegen und deshalb noch viel einfacher und schneller vervielfältigt bzw. verteilt werden können.

Hinsichtlich der Art der Dokumentation haben sich in der Psychiatrie ebenso wie in anderen medizinischen Disziplinen Standards durchgesetzt. Die Dokumentation beinhaltet üblicherweise Anamnese und Diagnostik, den Behandlungsverlauf und Empfehlungen für die weitere Behandlung. Auch die Diagnostik erfolgt heute standardisiert und richtet sich beispielsweise in den

deutschsprachigen Ländern nach dem Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP).¹

Übersicht: Der psychopathologische Befund nach AMDP

1. Allgemeiner Eindruck, Erscheinungsbild
2. Bewusstsein (qualitativ und quantitativ)
3. Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ und autopsychisch)
4. Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit
5. Gedächtnis
6. Formaler Denkablauf (formale Denkstörungen)
7. Denkinhalte (inhaltliche Denkstörungen, Wahn)
8. Wahrnehmung (Sinnesstörungen)
9. Affektivität (Affektstörungen, Befürchtungen, Ängste, Zwänge)
10. Antrieb und Psychomotorik
11. Psychovegetativum

AMDP: Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie

Standardisierungen erlauben den problemlosen Austausch zwischen den medizinischen Personen und sind gleichzeitig auch Grundlage für ein gemeinsames Diagnosesystem. Sie sind ebenso auch Voraussetzungen für empirische wissenschaftliche Untersuchungen. Standardisierungen gehen gleichzeitig aber zu Lasten der Individualität und Vielfalt von Krankheitsgeschichten, zumal sich insbesondere psychotherapeutische Behandlungen von Individuum zu Individuum sehr unterscheiden.

2 Spirituelle und existenzielle Aspekte in der Dokumentation

Spirituelle und existenzielle Themen sind sehr häufig in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. Nicht immer aber finden sie Erwähnung in der Dokumentation und je nach Behandlungsmethode werden diese Themen auch unterschiedlich stark gewichtet. Die folgende kurze und anonymisierte

¹ Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP), Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, Göttingen 2018.

Fallvignette sollte illustrieren, wie zentral existenzielle Aspekte in der Behandlung sein können:

Frank, ein gutaussehender, sportlicher 65-jähriger Mann, erhielt vor wenigen Wochen die Diagnose eines bösartigen Rachentumors. Unser erstes Treffen fand wenige Tage nach der Diagnose auf der onkologischen Station eines Spitals statt, wo er nach der erfolgreichen chirurgischen Entfernung des Tumors zur Radiotherapie war. Zu dieser Zeit litt Frank enorm und war sehr verzweifelt: er klagte über unerträgliche Schmerzen im Mund und Rachen, welche ihm sowohl Nahrungsaufnahme als auch Trinken verunmöglichten. Als Folge verweigerte er jegliche Aufnahme von Nahrung und sogar Flüssigkeit, so dass eine parenterale Ernährung erforderlich wurde. Bereits nach wenigen Tagen verweigerte er auch diese Art der Ernährung und wünschte ausdrücklich, dass er sterben möchte. Zu diesem Zeitpunkt wurde ich als Konsiliarpsychiater durch den Onkologen beigezogen, um Franks psychischen Zustand zu beurteilen. Insbesondere sollte auch der Sterbewunsch beurteilt werden.

Als ich Frank zum ersten Mal traf, sass er im Bett, gepflegtes Äusseres mit langen, silber-grauen Haaren. Obwohl er sehr schwach war, war sein Verstand scharf wie ein Rasiermesser. Sehr freundlich aber ebenso bestimmt erklärte er, dass seine Situation inakzeptabel und unwürdig sei und dass er deshalb gerne sterben wolle. Besonders unerträglich sei seine Abhängigkeit von der medizinischen Behandlung und seine Hilflosigkeit. Etwas beiläufig erwähnte er noch, dass er ausserdem seine Mutter, die vor 20 Jahren verstorben sei, sehr vermisse.

Zu diesem Zeitpunkt war für mich sehr klar, dass eine Diskussion mit Frank, der es gewohnt war, Entscheidungen alleine zu treffen, über seine Entscheidung zu sterben sinnlos war. Stattdessen sagte ich ihm, dass ich gerne mehr über seine Mutter und über den Grund, warum er sie so sehr vermisse, erfahren würde. Etwas überrascht und mit einem Lächeln um den Mund stimmt er einem weiteren Gespräch zu ebenso wie der Fortsetzung der Ernährung, um etwas Zeit für unsere Gespräche zu gewinnen.

In den nächsten vier Wochen erfuhr ich eine Menge über Franks Leben: seinen Job als Chef einer grossen Firma, seine vier Ehen und fünf Kinder, die verteilt über den ganzen Globus leben, und über seine Einsamkeit. Im Gespräch wurde zunehmend offensichtlich, dass er weniger seine Mutter als vielmehr seinen Vater vermisse

Gesundheitlich erholte er sich sehr rasch, begann auch wieder, selbstständig zu essen und zu trinken und wurde nach Abschluss der Strahlentherapie

in die onkologische Rehabilitation entlassen. Frank fragte mich, ob wir nach der Rehabilitation unsere Gespräche fortsetzen könnten, was ich bejahte. Nach vier Wochen trafen wir uns erneut: Sein Gesundheitszustand hatte sich weiterhin verbessert, und so entschloss er sich, seine Tätigkeit als Wirtschaftsberater wiederaufzunehmen. Er freute sich sehr, genoss sein Leben und begann, seine Kinder zu besuchen. Diese Besuche waren allerdings eine grosse Herausforderung, da die Beziehung zu den Kindern sehr schwierig und ambivalent war, insbesondere zu seinem ältesten, 40-jährigen Sohn, der in Asien lebte. Relativ rasch bemerkte er, dass es hier viele Ähnlichkeiten zur Beziehung zu seinem eigenen Vater gab, den er als kalt, egoistisch und autoritär beschrieb.

Nichtsdestotrotz war Frank nun auf dem Weg, sich selbst, seine Familie und Freunde, also die Welt «ausserhalb seiner selbst» zu entdecken. Diese Zeit war aber auch sehr schwierig und frustrierend, z. B. als sein Sohn sich zunächst sehr ablehnend verhielt. Sie war auch mit viel Angst verbunden, als er sich entschied, sich von seiner Lebenspartnerin zu trennen und zum ersten Mal im Leben alleine lebte. Zu diesem Zeitpunkt und ungefähr zwei Jahre nach unserem ersten Treffen, eröffnete Frank eine Sitzung mit den Worten: «Zum ersten Mal in meinem Leben fühle ich mich frei.»

Man könnte diese Aussage nun geflissentlich überhören und vertieft nach einer Remission der ängstlich-depressiven Symptome explorieren. Man würde aber eine wesentliche existenzielle Erfahrung des Patienten übersehen, die für ihn entscheidend war. Wenn wir hier von existenziellen Erfahrungen sprechen, verstehen wir damit grundlegende menschliche Phänomene, zu denen wir auch Spiritualität, Sterblichkeit oder Freiheit zählen.

3 Freiheit, Krankheit und Psychotherapie

In den 1960er Jahren wurde in Zürich die Daseinsanalyse gegründet, eine psychotherapeutische Schule, die auf dem Denken des Philosophen Martin Heidegger und dem des Begründers der Psychoanalyse Sigmund Freud gründet. Die Grundverfassung des menschlichen Daseins, so Heidegger, ist das In-der-Welt-sein. Dieses ist durch *Verstehen*, *Befindlichkeit* und *Rede* (Sprache) konstituiert. Das heisst also, dass sich menschliches Verhalten, Fühlen und Denken jeweils in einem Horizont von Verständlichkeit und Verstehbarkeit aufhält (man könnte auch von «Sinnhaftigkeit» sprechen). Verstehbarkeit wiederum ereignet sich nicht im luftleeren Raum, sondern wird jeweils durch diverse

Umstände mit-bestimmt, ge-stimmt, was Heidegger mit dem Ausdruck «Be-findlichkeit» bezeichnet.²

Das Krankheitskonzept der Daseinsanalyse beruht wesentlich auf Freiheit. Nach den Begründern Medard Boss und Gion Condrau ist Krankheit eine Einschränkung (Privation) von Gesundheit. «Das Wesen des gesunden Menschen», so Condrau, «kann als das freie Verfügen-können über sämtliche einem Menschen mitgegebenen Beziehungsmöglichkeiten gegenüber solchem gekennzeichnet werden, was sich ihm vom Offenen seines Weltbereichs her zeigt.»³ Krankheit kann existenziell gesehen also immer als eine Einschränkung der menschlichen Freiheit verstanden werden. Entsprechend der Konzeptualisierung von Krankheit als Einschränkung der Freiheit ist das Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung nichts anderes als «den faktischen Vollzug dieser Freiheit» wieder zu erreichen.⁴ Das ist ein hoher Anspruch. Es stellen sich zwei Fragen: Wie kann der Therapeut den Patienten helfen, frei zu werden, und was bedeutet, «frei» zu sein? Die erste Frage bezieht sich wesentlich auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung. Nach Heidegger gibt es zwei verschiedene existentielle Möglichkeiten oder Modi der Beziehung zwischen Menschen (Fürsorge): als einspringende-bestimmende oder vorausspringende-befreiende Fürsorge. Der letztere Modus erlaubt dem Patienten in der Behandlung, sich kennen zu lernen und sich für die Beziehung zu seinem eigenen Sein als Dasein zu öffnen.

Was nun aber bedeutet frei sein? Nach Augustinus Wucherer-Huldenfeld bestimmt sich Freiheit zweifach: Erstens, «in optimal möglicher Weite und Tiefe für das Begegnende und uns Ansprechende offen zu sein» und zweitens, «Freisein für das eigenste Sein-können, für ein existentiell freies, eigen- und selbstständiges Selbst-sein-können.»⁵ Psychotherapie kann in diesem Sinne als Befreiung verstanden werden im doppelten Sinn von Frei-werden und Erlösung. Und in diesem Sinne ist auch die Aussage unseres Patienten Frank zu verstehen.

² Martin Heidegger, *Sein und Zeit*, Tübingen 1961/1986, 80.

³ Gion Condrau, *Sigmund Freud und Martin Heidegger*, Bern 1992, 99.

⁴ Gion Condrau, *Martin Heidegger's Impact on Psychotherapy*, Dublin/New York/Wien 1989, 36.

⁵ Augustinus Wucherer-Huldenfeld, *Freiheit und Befreiung in der Daseinsanalyse*, in: *Daseinsanalyse* (1999) 221.

4 Die existenzielle Erfahrung von Sinn als zentrales Element der Psychotherapie

Auch andere psychotherapeutische Schulen haben sich mit existenziellen Themen auseinandergesetzt. Eine der bekanntesten Schulen ist die von Viktor Frankl gegründete Logotherapie und von Alfred Längle weiterentwickelte Existenzanalyse. Frankl bezieht sich dabei auf seine eigene existenzielle Erfahrung während der Internierung in verschiedenen Konzentrationslagern während der Naziherrschaft. Eine seiner wesentlichen Erkenntnisse war, dass die Erfahrung oder das Gefühl von Sinn zentral sind und dass Sinnhaftigkeit auch in schwierigsten Situationen gefunden werden kann, wenn man danach sucht («Sinn muss gefunden werden, kann nicht erzeugt werden»)⁶.

Die durch Längle weiterentwickelte Existenzanalyse hat ebenfalls das philosophische Denken Heideggers aufgenommen und sieht, in ähnlicher Weise wie die Daseinsanalyse, die Einschränkung des Bezugs des Menschen zu sich und seiner Umwelt als Grund für psychisches Leiden:

«Psychische Störungen und Krankheiten sind aus existenzieller Perspektive dadurch gekennzeichnet, dass das dialogische Gleichgewicht zwischen dem Eigenen und dem Anderen, zwischen dem Innen und Außen gestört ist. Das heißt mit anderen Worten, dass Freiheit, Sinn und Authentizität im Vollzug eingeschränkt sind.»⁷

Basierend auf Frankls Psychotherapie hat William Breitbart⁸ eine spezifische Sinn-zentrierte (*meaning-centered psychotherapy*) Kurzintervention für Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen entwickelt. Die Intervention beabsichtigt, mit spezifischen Techniken das Gefühl von Sinnhaftigkeit zu verstärken, ausgehend von der Annahme, dass Sinnlosigkeit der Hauptgrund von existenzieller und auch spiritueller Belastung ist. Breitbart konnte in mehreren Studien nachweisen, dass diese Methode wirksam ist und tatsächlich psychischen Stress zu reduzieren und das Gefühl von Sinnhaftigkeit zu steigern vermag.

⁶ Viktor Frankl, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk, München 192006, 155.

⁷ Alfred Längle, Grundprinzipien der existenziellen Psychotherapie, in: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 16/1 (2015) 30–35.

⁸ William Breitbart u. a., Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer, in: *Cancer* 124 (2018) 3231–3239.

5 Spiritualität und Religiosität als Resilienzfaktor

Nicht erst seit Sigmund Freud («Die Zukunft einer Illusion»),⁹ dem Begründer der Psychoanalyse, hat die Psychotherapie und Psychiatrie ein ambivalentes Verhältnis zu Religiosität und Spiritualität. Während Freud in der Religion primär illusionäre Vorstellungen und infantile Wunscherfüllungen erkannte, wurden in der Psychiatrie immer wieder religiöse Wahninhalte beschrieben, deren Ursache in einer strengen und dogmatischen Religion vermutet wurde. In den letzten Jahren wurde der Zusammenhang zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und psychischer Gesundheit bzw. psychischen Erkrankungen zunehmend systematisch untersucht. So fanden Braam & König¹⁰ in einer systematischen Übersichtsarbeit, in der sie insgesamt 152 prospektive Studien untersuchten, einen signifikanten Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und einem positiveren Verlauf einer Depression. Sie konnten aber auch zeigen, dass Patienten, die eine schwierige Beziehung zu Gott oder ein schwieriges Verhältnis zur religiösen Gemeinschaft hatten (bezeichnet als eine Variante eines «*religious struggle*»), einen signifikant schlechteren Verlauf der depressiven Erkrankung aufwiesen. Auch eine andere Übersichtsarbeit von AbdAleati u. a.¹¹ bestätigte den Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und geringerer Häufigkeit psychischer Erkrankungen. In einer eigenen Untersuchung¹² an mehr als 300 Personen, die ein belastendes Lebensereignis (Unfälle, Krankheiten, Verluste von Angehörigen usw.) erlebt hatten, fanden wir, dass sogenannt negatives religiöses Coping, erfasst mit Pargaments Fragebogen zum religiösen Coping (RCOPE), mit deutlich mehr Angst, Depression und geringerer Lebensqualität assoziiert war, während bei Personen mit positivem religiösen Coping dieser Zusammenhang umgekehrt war. Es scheint also so zu sein, dass Religiosität/Spiritualität einen gewissen protektiven Faktor gegenüber psychischen Belastungen darstellt. Solche schützenden Faktoren werden heute unter dem Begriff «Resilienz» zusammengefasst, worunter man allgemein die Fähigkeit versteht, sich an schwierige Situationen

⁹ Sigmund Freud, Die Zukunft einer Illusion (Studienausgabe 9), Frankfurt a. M. 1947.

¹⁰ Arjan W. Braam/Harold G. Koenig, Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review, in: Journal of Affective Disorders 257 (2019) 428–438.

¹¹ Naziha S. AbdAleati/Norzarina Mohd Zaharim/Yasmin Othman Mydin, Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study, in: Journal of Religion and Health 55 (2016) 1929–1937.

¹² Urs Winter/Dimitri Hauri/Stefan Huber/Josef Jenewein/Ulrich Schnyder/Bernd Kraemer, The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees, in: Psychotherapy and Psychosomatics 78 (2009) 240–244; doi: 10.1159/000219523.

anpassen zu können. Religiosität/Spiritualität scheint, ähnlich wie andere Eigenschaften (Optimismus u. a.), Menschen widerstandsfähiger zu machen und notwendige Entwicklungsprozesse zu unterstützen,¹³ sofern sie nicht mit einem negativen und strafenden Gottesbild verbunden sind. Es ist deshalb sinnvoll, bei Patienten nach Religiosität/Spiritualität zu fragen und diesen Faktor auch in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung miteinzu-beziehen. Aus der klinischen Erfahrung ist aber bekannt, dass Patientinnen nicht immer über ihre spirituellen und religiösen Erfahrungen und Einstellungen mit dem Arzt oder Psychologen sprechen wollen. Deshalb ist es sinnvoll und wünschenswert, dass Klinikseelsorger hierfür ansprechbar sind.

6 Sinnhaftigkeit und Grenzen der klinischen Dokumentation von Spiritual Care in der Psychiatrie: Beispiele aus der Praxis eines Seelsorgers

6.1 Die Dokumentation sensibilisiert Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Schon allein die vielen Definitionsversuche zum Begrenzen des Begriffs Spiritualität zeigen die Komplexität oder mehr noch die amorphe Gestalt des Themas, welche der Psychosomatiker Gereon Heuft im Interview zu seiner Promotionsarbeit in Theologie mit einem einzigen Satz verdeutlicht. Schon wer Dankbarkeit zeigt – so der Mediziner und Theologe – ist eigentlich religiös, da in dieser Haltung bereits eine transzendente Dynamik enthalten ist. «Ja, denn man schaut in seiner Dankbarkeit über sich selber hinaus und ahnt, dass man nicht alles kontrollieren kann.»¹⁴ Wer würde schon von Spiritualität sprechen, wenn jemand dankbar für sein Leben ist? Ein weiteres kleines Beispiel aus dem gewöhnlichen Alltagstreiben verdeutlicht die amorphe Thematik Spiritualität. Am Ende eines Gesprächs bedankt man sich gerne für die geschenkte Zeit. Wenn die Antwort lautet: «Kein Problem, da mir die Zeit nicht gehört», ist die Ouvertüre zum philosophischen, spirituellen Gespräch erklungen und sensibilisierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können die

¹³ Annina Seiler/Josef Jenewein, Resilience in Cancer Patients, in: *Frontiers in Psychiatry* 10 (2019) 208.

¹⁴ Gereon Heuft, Weiß Gott, was im Notfall passiert, in: *Christ und Welt* 23 (2019) 3–4. Der Psychosomatiker Gereon Heuft studierte mit fünfzig Theologie. Für seine Promotion wollte er wissen, ob Not tatsächlich beten lehrt. Das Resultat hat ihn überrascht.

Thematik Spiritualität oder den *zoon logon echon* (Aristoteles) – den vernunftbegabten, geistig schauenden Menschen – im weiteren Therapiegespräch mit-schwingen lassen. Ein Wahrnehmen und Erahnen, ein Zweifeln und Staunen kann sich öffnen und der «Sinn und Geschmack für das Ewige» (F. Schleiermacher) erhält Nahrung, damit die eigene intrinsische Spiritualität erklingen kann. Mit Sensibilisierung ist nicht eine neue Art der Missionierung gemeint, welche ja vor allem eine extrinsische Spiritualität erzeugt, denn der Kompass sind die Betroffenen. «Wesentlich scheint der Einklang mit den Bedürfnissen der Betroffenen: Sie sind der Kompass, an dem sich ein Vorgehen auszurichten hat.»¹⁵

Wie wertvoll ein sensibilisiertes Personal ist, zeigt folgendes Beispiel: Eine Patientin, Jahrgang 1955, kommunistisch aufgewachsen und erzogen, kam aufgrund einer zunehmenden psychischen Dekompensation mit depressiver und ängstlicher Symptomatik in die Klinik. Gravierende Veränderungen (Tod ihres Mannes vor drei Jahren, Pensionierung, Tod von Angehörigen innerhalb kürzester Zeit) erschütterten ihr Leben, und sie zog sich immer mehr zurück. Die studierte Architektin kam mit 30 Jahren in die katholische Innerschweiz und heiratete einen Katholiken ohne kirchlichen Eheschein. Das Thema Religion und Glaube wurde in dieser Familie tabuisiert und wurde für die Patientin nie Thema, da ihr Religion überhaupt nichts sagte und völlig fremd war. Die Patientin erzählte ihrer Therapeutin von einem Traum, den sie regelmässig seit ihrem Klinikaufenthalt träumte, in dem ihr verstorbener Mann ihr einen Blumenstrauß bringt und danach wegfliet. Zufällig hatte ich mit der Therapeutin vor kurzem über Träume in der christlichen Spiritualität gesprochen, und so fragte sie mich als Seelsorger an, ob ich mit der Patientin ein Gespräch vereinbaren möchte, obwohl sie keinen Bezug zu Religion oder Spiritualität hat. Die Patientin willigte ein, und in kürzester Zeit brachen all die angestauten Konflikte in Bezug zu ihrer christlichen Sozialisierung nach ihrer Ehe auf, und sie kam selbst über sich erstaunt zur Erkenntnis, dass sie von einem sehr negativen Gottesbild beeinflusst war. Die Gespräche mit mir als Seelsorger waren «ein Ventil für all die diffusen Ängste», so ihre Worte. Da gab es sehr wohl ein spirituelles Kohärenzgefühl in ihrer Lebenshaltung, das ihr half, die Grausamkeit des Todes zu ertragen.

¹⁵ Magdalena Berkhoff, Vielfalt und Vielstimmigkeit – Spiritualität in der Klinik Zugersee. Die spirituelle Dimension, in: Pro Mente Sana aktuell 2 (2014) 17.

6.2 Dokumentation verhilft zu einer «Ent-Konfessionierung»

Das Fallbeispiel verdeutlicht eine häufig festzustellende Kategorisierung, wie sie auch in der Philosophiegeschichte zu beobachten ist. Arthur Schopenhauer klassifiziert man in der herkömmlichen westlichen Philosophiegeschichte bekanntlich als atheistischen Philosophen und in der traditionellen Abgrenzung zu den grossen christlichen Konfessionen ist dies sicherlich richtig. Doch diese Einreihung Schopenhauers wird seiner Philosophie kaum gerecht. Harald Schöndorf zeichnet ein philosophisches Bild Schopenhauers vom christlich geprägten und vom Buddhismus inspirierten «religiösen Atheisten».¹⁶ Durch den Bedeutungsverlust der beiden christlichen Religionen in Europa und gleichzeitig die «Wiederkehr des Religiösen»¹⁷ wandelt sich so manche Lesart. Schopenhauers Ideen können 150 Jahre nach seinem Tod spirituell neu gelesen und gedeutet werden. Neben Schopenhauer trifft dies bei mehreren Philosophen aus dem letzten bzw. vorletzten Jahrhundert zu. Dennoch ist das Beispiel Arthur Schopenhauer biografisch im Kontext spiritueller Ressourcen phänomenologisch reizvoll. Schopenhauers Vater war depressiv und der Sohn Arthur leidet darunter. Leiden ist wesentliches Thema sowohl im Christentum als auch im Buddhismus und wird nicht tabuisiert. Der junge Schopenhauer – geprägt durch die Erlösungstheologie des Christentums – setzt sich intensiv mit der Leidenstheorie des Buddhismus auseinander. Dies führt ihn zu einer wichtigen Erkenntnis, da Leben durchgängig Leiden enthält und in diesem wesenhaften Drehmoment von Leiden durchtränkten Lebens, kann sich der Sohn, der sich in jungen Jahren immer schuldig am Leid des Vaters fühlt, von dessen Leiden distanzieren. Er ist nicht schuld am Leiden des Vaters. Alles Leben ist von Leiden durchtränkt, der Grund allen Leidens ist der Wille am Leben. Bei Schopenhauer ist es ein allumfassender metaphysischer Wille, der in allem ist. Der Wille will immer und verursacht damit Leiden. Wie im Buddhismus soll der Mensch sich in der Askese vom Willen befreien und in der Theorie Schopenhauers findet der Mensch Trost in der Empathie, da wir Menschen im allumfassenden Willen, der Leiden verursacht, miteinander verbunden sind.

¹⁶ Harald Schöndorf, Arthur Schopenhauer – ein «religiöser» Atheist, in: Stimmen der Zeit 9 (2010) 600.

¹⁷ Walter Schaupp, «Wiederkehr des Religiösen». Gesellschaftliche Entwicklungen als Herausforderung für das Gesundheitswesen, in: Walter Schaupp/Johann Platzer/Wolfgang Kröll (Hg.), Gesundheitssorge und Spiritualität im Krankenhaus, (Theologie im kulturellen Dialog, Bd. 26), Innsbruck 2014, 11–28, 11.

Im klinischen Alltag dominiert häufig noch eine christliche Deutungshoheit und rastert Spiritualität binär ein, in: christlich und atheistisch oder christlich und nebulös. Eine Dokumentation spiritueller Themen im Therapieverlauf des Patienten verhilft «Spiritualitäten» aus den Begrenzungen der Konfessionen heraus. So können sie neu gedeutet und genutzt werden.

6.3 Dokumentation enttabuisiert

Eine 18-jährige Patientin, psychotisch mit Verfolgungswahn, besass «das dritte Auge», so ihre Aussage. Im Stationsrapport wurde diese Aussage der Patientin über ihr drittes Auge wiederholt ins Lächerliche gezogen. Ich mischte mich ein und zeigte auf, dass Sachlichkeit sehr wichtig ist. Wir sehen das dritte Auge nicht, doch dürfen wir uns darüber nicht lustig machen, da es in vielen Kulturen als spirituelles Phänomen üblich ist. Wir kennen alle diese Bilder von indischen Frauen mit einem farbigen Punkt zwischen den Augen. Ich bitte also um mehr Verständnis und Sensibilität. So ging ich als Seelsorger aktiv auf die Patientin zu. Schon im zweiten Gespräch lud ich sie ein, ihr unsere Kapelle zu zeigen und so kamen wir ins Gespräch auch über ihr drittes Auge. In ihrem Gesichtsausdruck konnte ich sichtbar ablesen, dass sie erleichtert war, dass ich ihre Aussage neutral – als ein phänomenologisches Bild – aufgenommen hatte und Interesse zeigte. Da ich sie mit ihrem dritten Auge ernst nahm, obwohl ich dies nicht sehen oder erraten konnte, wurde sie sichtbar lockerer und in den weiteren Gesprächen öffnete sie sich immer mehr. Sie erzählte mir auch, dass sie sich vom Personal bezüglich des mittleren Auges sehr verletzt fühlte und dementsprechend misstrauisch gegenüber ihrer Therapeutin sei.

Häufig werden spirituelle Phänomene aus einer Unsicherheit heraus nicht angesprochen oder schlimmer noch ins Lächerliche gezogen. Leider kann das verheerend sein, obgleich es leicht vermeidbar ist. Ein farbiger Punkt zwischen den Augen kann als imaginärer Schutz – eingewoben in einer langen Kulturtradition – sehr wirksam sein. Scheinbar ist für diese Patientin dieses dritte Auge nicht ein farbiger Punkt, sondern von existentieller Bedeutung. Darf dieser Punkt wirklich als Lächerlichkeit interpretiert werden, da er in einer rationalen Welt nichts zu suchen hat? Braucht es nicht ein gesundes Abwägen zwischen reiner Rationalität und metaphorischer Wahrnehmung? Ganz sicher ist ein sich lustig machen aufgrund einer tabuisierten Unsicherheit oder einer rationalen Überheblichkeit eine der ungünstigsten Reaktionen. Eine Dokumentation hilft der Sensibilisierung, damit ein konstruktiver Dialog im Behandlungsteam gefunden wird. Die Dokumentation verschafft in solchen

diffusen Situationen mehr Sicherheit, damit ein gesundes Abwägen ermöglicht wird. Spirituelle Phänomene müssen so sachlich als möglich wahrgenommen werden und bedürfen einer verständigen Reaktion. Eine Selbstverständlichkeit, so meint man, die im Klinikalltag aber nicht unbedingt immer anzutreffen ist.

6.4 Die «heilige» Ausnahme in der Dokumentation

Ein Vater hat mit gut 50 Jahren seinen Sohn durch einen tragischen Unfall verloren und wird in unserer Klinik 12 Jahre später wieder wegen seinen Depressionen behandelt. Er bittet um ein Gespräch mit einem Seelsorgenden. Er erzählt vom Tod des Sohnes und wie sich seitdem sein und das Leben seiner Familie verändert hat. Er sieht keinen Sinn mehr. Warum soll er noch gegen die Depression ankämpfen? Er ist müde geworden vom vielen inneren Kämpfen. So kommen wir im Gespräch zum Gefühl der Trauer. Versuche zu erklären, dass wir Menschen das Potenzial zum guten Umgang mit Trauer haben, dass Trauer keine Krankheit ist, sondern eine Reaktion auf Verlust. Am Ende des Gesprächs gehen wir in die Kapelle und der Patient zündet für seinen Sohn eine Kerze an. Ich zünde eine weitere für ihn an und sage ihm dies. Es folgt ein kurzer Augenblick der Stille, dann verabschieden wir uns.

Das zweite Gespräch knapp eine Woche später im Spätsommer erfolgt beim Spazieren. Nach einer Krise, so beschreibt er die letzten sieben Tage, geht es ihm deutlich besser. Mitten im Gespräch will er sich absichern, dass dieses Gespräch nicht dokumentiert wird, sondern unter uns bleibt. Ich gebe ihm mein Wort und so erzählt der Patient von seinem Erlebnis: Vor Jahren hat sich der Mann einen Traum erfüllt und sich eine Harley Davidson gekauft und gedanklich fährt sein verstorbener Sohn immer mit, da er Motoren, Geschwindigkeit und Abenteuer sehr liebte. Vor einem Jahr wäre es fast zu einem schweren Unfall gekommen, doch sein Sohn sei sein «Schutzengel» gewesen. Ich fragte ihn, warum er dies nicht der fallführenden Person sagen könne. Weil es ihm peinlich sei, so seine Antwort. Ich habe ihn ermutigt, dass er dies sicher mitteilen kann. Er wurde nicht ausgelacht, aber es wurde auch nicht weiterverfolgt. Der Patient trat später wieder aufgrund einer Verschlechterung hinsichtlich seines depressiven Zustandes ein. Im Gespräch teilte er mir mit, dass die Situation durch die Depression sehr schwer sei, doch sein Sohn ermutige ihn dauernd, im Leben zu bleiben. Der Patient beschreibt sich als angespannt, niedergedrückt und dennoch hoffnungsgetränkt.

Es braucht zwingend diese Ausnahme in der Dokumentation. Als Seelsorger möchte ich mich beim Patienten in jedem Gespräch – und wirklich in

jedem Gespräch – absichern, ob es dokumentiert werden darf. Bei einer Verneinung ist es selbstverständlich, dass es dementsprechend in der Patientendokumentation vermerkt ist, dass ein Teil der Aussagen nicht dokumentiert wird aufgrund des ausdrücklichen Wunsches des Patienten. Dies ist eine konstruktive Möglichkeit die Schweigepflicht, die Seelsorgerinnen und Seelsorger seitens ihrer beruflichen Auflage haben, wahrnehmen zu können. Im Klinikalltag praktizieren mein Kollege und ich dies schon seit Jahren, da wir uns die Erlaubnis beim Patienten einholen, wenn wir seine Aussagen ins Behandlungsteam weitergeben. Mit dieser Sonderstellung bleibt noch die Rolle des «stillen Mediators» erhalten, der als Vermittler zwischen Patient und Personal niederschwellig abrufbar ist. Darum ist es wichtig, dass Patienten davon wissen, dass die Seelsorgenden nicht zwingend alles dokumentieren.

6.5 Dokumentation verhilft der Seelsorge zur «Implementierung innerhalb der Kultur von Medizin, Pflege und Psychotherapie»¹⁸

Nach der Säkularisierungsthese des Soziologen Max Weber müsste sich Religion in den säkularisierten aufgeklärten Gesellschaften schon allmählich durch eine wissenschaftliche Rationalität aufgelöst haben.¹⁹ Doch das Interesse am Verhältnis zwischen Spiritualität und Gesundheit ist in den letzten Jahrzehnten merklich gestiegen, was die Zunahme an Publikationen andeutet. In der Literatur sind dazu etliche Untersuchungen sowohl im englischen als auch vermehrt im deutschsprachigen Raum zu finden. Zum Beispiel Michael Utsch und Simone Ehm in ihrem Artikel «Glaube und Gesundheit. Historische Zusammenhänge und aktuelle Befunde».²⁰ Der Philosoph Edmund Husserl kritisiert den Universalanspruch der Naturwissenschaften, und es bildet sich in der Philosophiegeschichte die Erkenntnistheorie der Phänomenologie aus. Das nackte Ergebnis einer Allgemeingültigkeit bildet nicht die Wirklichkeit ab. Bei Husserl kann für eine sachliche Dokumentation von Spiritualitäten gelernt werden, dass das Wahrgenommene ernstgenommen, beschrieben

¹⁸ Eckhard Frick, *Spiritual Care: Eine neue Querschnittsaufgabe entsteht*, in: Walter Schaupp/Johann Platzler/Wolfgang Kröll (Hg.), *Gesundheitssorge und Spiritualität im Krankenhaus*, (Theologie im kulturellen Dialog, Bd. 26), Innsbruck 2014, 65.

¹⁹ Schaupp, «Wiederkehr des Religiösen», 12f.

²⁰ Simone Ehm/Michael Utsch, *Glaube und Gesundheit. Historische Zusammenhänge und aktuelle Befunde*, in: dies. (Hg.), *Kann Glauben gesund machen? Spiritualität in der modernen Medizin*, (EZW-Texte 181), Berlin 2005, 5–16.

und nicht interpretiert wird. Der Weg «zu den Sachen selbst» (E. Husserl)²¹ geht über eine innere geistige Anschauung und schliesst die sinnhafte Erfahrung nicht aus. In einem interprofessionellen Team entstehen folglich durch solche Beschreibungen innerhalb der Dokumentation zwingendermassen Fragen, die im Gespräch mit den Patienten vertieft werden können, damit die sinnhafte Erfahrung des Patienten gehört und angesehen werden kann. Zweifellos fördert dies das Vertrauen zum Patienten und damit die notwendige therapeutische Beziehung. Dazu möchte ich nochmals zum Beispiel der 18-jährigen Patientin zurückgehen. Im Gespräch mit der fallführenden Psychiaterin erfahre ich im sinngemässen Wortlaut, dass die Patientin in ihrem psychotischen Wahn ein weiteres Auge zwischen ihren Augen besitzt. Im Zusammenhang einer Dokumentation von Spiritualität ist eine sachliche Beschreibung der Situation notwendig, und im Nachfragen erschliesst sich eventuell eine sinnhafte Erfahrung.

Gut 80 Jahre nach Husserl liest man bei Alfried Längle, der sich mit der Sinnfrage im Kontext der Psychotherapie intensiv beschäftigt.

«Der spirituelle Sinn dieser Daseinsdimensionen schlägt sich im Sinn des Seins, im Lebenswert, in der Würde der Person und im Sinn des Ganzen nieder. In ihrer letzten Analyse und Ganzheitlichkeit haben alle diese Dimensionen einen metaphysischen Charakter und sind für uns Menschen nicht mehr ganz zu verstehen. Dennoch ist uns ihre tiefe Bedeutung zugänglich und grundsätzlich erlebbar.»²²

Mit den beiden Vertretern Husserl und Längle möchte ich aufzeigen, dass es Sinn ergibt, das amorphe «Erscheinungsbild» der Spiritualität in einer klinischen Dokumentation sachlich genau zu beschreiben und im Dialog mit der behandelten Person eine deutende und sinnhafte Interpretation zu respektieren.

Bei Kant ist Vernunft mehr als formulierbares Wissen, sondern das Erahnen von etwas Grösserem. Die Aufklärung hat die Natur entzaubert und in der Romantik haben Intellektuelle und Poeten versucht dem entgegenzuwirken. Mit den neuen Professuren von Spiritual Care an den Universitäten ist ein spannender Dialog zwischen Medizin und Spiritualität gelungen. Weitere Dokumentationen im Bereich Spiritualität im praktischen Spitalalltag liefern

²¹ Jeanne Hersch, *Das philosophische Staunen. Einblicke in die Geschichte des Denkens*, Zürich 1981, 298.

²² Alfried Längle, *Das Sinnkonzept V. Franks – ein Beitrag für die gesamte Psychotherapie*, in: Hilarion G. Petzold/Ilse Orth (Hg.), *Sinn, Sinnerfahrung*, in *Psychologie und Psychotherapie*, Bd. II, Bielefeld/Locarno 2005, 403–460, 420.

neue und wertvolle Erkenntnisse für die Zukunft. Ein spannender Prozess ist im Gange. Vielleicht werden diese Strömungen irgendwann mal als die intellektuellen Poeten des postmodernen Menschenbildes gesehen.

Zusammenfassung: Die Psychiatrie und ärztliche Psychotherapie haben als medizinische Disziplinen eine lange Erfahrung in der Dokumentation. Wie in allen medizinischen Fächern ist eine sorgfältige Dokumentation zunächst aus juristischen Gründen vorgeschrieben. Die psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzte nutzen ihre Dokumentation aber auch, um Diagnostik und Therapie zu beschreiben und auch für Weiterbildungs- und Forschungszwecke. Spirituelle und existenzielle Aspekte sind wichtige Bestandteile dieser Dokumentation: So kann Spiritualität und Religiosität eine wichtige Ressource für die Bewältigung von psychischen Krisen, umgekehrt aber auch ein belastender Faktor oder sogar ein Risiko sein. In Zusammenhang mit Ersterem sprechen wir von Widerstandsfähigkeit (Resilienz), ein Thema das ebenfalls in diesem Kapitel aufgegriffen und diskutiert wird. Je nachdem können psychische Krisen existenzielle Dimensionen erreichen, die von Patienten dann auch so formuliert werden. In diesen Situationen muss die Psychiaterin auf verschiedene Konzepte zurückgreifen können, die diesen Themen gerecht werden. Einige Beispiele solcher Konzepte werden in diesem Kapitel vorgestellt und diskutiert. Spirituelle und religiöse Themen werden in der Psychiatrie nicht selten vernachlässigt oder sogar tabuisiert. Hier ist wichtig, dass sich Klinikseelsorger dieser Themen annehmen und sie in enger Zusammenarbeit mit dem Arzt in die Behandlung integrieren, wobei sich erneut die Frage der sinnvollen Dokumentation stellt. Dementsprechend werden im zweiten Teil dieses Kapitels Sinnhaftigkeit und Grenzen der klinischen Dokumentation der Spiritual Care in der Psychiatrie anhand konkreter Beispiele aus seelsorglicher Perspektive kritisch beleuchtet.

Abstract: As medical disciplines, psychiatry and medical psychotherapy have a long experience in documentation. As in all medical areas, careful documentation is initially required for legal reasons. However, doctors working in psychiatry also use their documentation to describe diagnosis and therapy, moreover for further training and research purposes. Spiritual and existential aspects are important components of this documentation: spirituality and religiosity can be an important resource for coping with mental crises, but conversely they can also be a burdening factor or even a risk. In connection with the former, we speak of resilience, a topic that is also taken up and discussed

in this chapter. Depending on this, psychological crises can reach existential dimensions, which are then formulated by patients in this way. In these situations the psychiatrist must be able to fall back on various concepts that do justice to these themes. Some examples of such concepts are presented and discussed in this chapter. Spiritual and religious topics are often neglected or even tabooed in psychiatry. Here it is important that hospital chaplains take up these topics and integrate them into the treatment in close cooperation with the doctor, whereby the question of meaningful documentation arises once again. In the second part of this chapter, we critically examine the sense and limits of clinical documentation of spiritual care in psychiatry from a pastoral perspective using concrete examples.

Dokumentation pflegerischer Spiritual Care

Erfahrungen und Anregungen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

Maya Zumstein-Shaba

Dokumentation im Gesundheitswesen erfüllt mehrere Ziele wie Gewährleistung der Kommunikation im interprofessionellen Team oder als Basis für Abrechnung der Leistungen. Die Dokumentation ist also ein zentrales Element in der Gesundheitsversorgung, jedoch bestehen Herausforderungen.¹

Spiritual Care gewinnt an Bedeutung, insbesondere bei der Pflege und Betreuung von Personen mit lebenslimitierenden Erkrankungen.² Für die Pflegewissenschaft ist Spiritual Care ein Kernelement, das jedoch stiefmütterlich behandelt wird. Es stellen sich Fragen zum Inhalt von Spiritual Care oder zur Legitimität der Ausübung durch die Pflege.³ Diese Herausforderungen schlagen sich in der Dokumentation nieder, die nachfolgend – anhand einer Literaturübersicht – untersucht wird. Darauf basierend werden Lösungsansätze identifiziert.

1 Dokumentation in der Pflege

Kommunikation im interprofessionellen Team, Behandlungsplanung, Kontinuität in der Pflege und Betreuung, Nachvollziehbarkeit, Beweis der Leistungserbringung, Relevanz für Abrechnung sowie rechtliche Grundlage, das

¹ Debra D. Sullivan, Guide to clinical documentation, Philadelphia 2019.

² Roberta M. Cavendish u. a., Do pastoral care providers recognize nurses as spiritual care providers?, in: Holistic Nursing Practice 21 (2007) 89–98; Simon Peng-Keller, Spiritual Care als ärztliche Aufgabe?, in: Schweizerische Ärztezeitschrift/Bulletin des médecins suisses/Bollettino dei medici svizzeri 97 (2016) 598–600.

³ Margaret Lunney, Critical thinking to achieve positive health outcomes: nursing case studies and analyses, Oxford 2009; Diana Jefferies, A meta-study of the essentials of quality nursing documentation, in: International Journal of Nursing Practice 16 (2010) 112–124; Lydia V. Monareng, Spiritual nursing care: A concept analysis, in: Curationis 35 (2012) 28; Silvia Käppeli, Compassion – a forgotten tradition in nursing care?, in: Pflege 14 (2001) 293–306.

alles und mehr bietet Dokumentation. In der Pflegedokumentation werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erfasst, die in einer Situation mit Gesundheitsproblemen wichtig sind. Basierend auf diesen Bedürfnissen wird die weitere Betreuung und Behandlung entwickelt, angeboten und durchgeführt. Die klinische Beurteilung der Gesundheitssituation durch die Pflegefachpersonen wird abgebildet, ebenso wie Aspekte der Patientenbeziehung. Pflegedokumentation ist nachvollziehbar aufgebaut und muss in Echtzeit geführt werden. So treten Abweichungen und Veränderungen in der Pflege, der Behandlung und den Ergebnissen hervor. In der Pflegedokumentation wird die geplante und tatsächlich geleistete Pflegearbeit dargestellt, z. B. die Dokumentation edukativer und psychosozialer Unterstützung. Die Pflegedokumentation soll die Überlegungen der Pflegefachpersonen widerspiegeln. Gerade dieser Aspekt trägt zur Weiterentwicklung der Profession Pflege und der Pflegewissenschaft bei und fördert deren Visibilität. Schliesslich bildet die Pflegedokumentation auch eine rechtliche Grundlage und ist abrechnungsrelevant.⁴

In vielen Institutionen des Gesundheitswesens liegen heute elektronische, an die Institution angepasste Dokumentationssysteme vor. Einige Systeme binden die medizinischen Diagnosen ein, z. B. SNOMED CT («Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms»), und haben damit keine spezifische Ausrichtung auf die Pflege. Medizin-relevante Aspekte können so dokumentiert werden. Andere Pflegedokumentationen bauen auf eine pflegespezifische Sprache und Logik. Hier existieren unterschiedliche Möglichkeiten. Bekannt sind das «Minimum Data Set» (MDS), das «Omaha-System» oder auch die NANDA Pflegediagnosen – «North American Nursing Diagnoses Association».⁵ Letztere sind in der Schweiz verbreitet, trotz schwieriger Umsetzung.⁶ Die NANDA Pflegediagnosen sind verbunden mit den NIC – «Nursing Intervention Classification» – sowie den NOC – «Nursing Outcome

⁴ Elske Ammenwerth u. a., Nursing process documentation systems in clinical routine – prerequisites and experiences, in: *International Journal of Medical Informatics* 64 (2001) 187–200; Jefferies, A meta-study; Lunney, Critical thinking.

⁵ NANDA international inc., Nursing diagnoses. Definitions and classification, 2018–2020, 11th ed. New York 2017; Renate Ranegger/Elske Ammenwerth, Nursing minimum data sets (NMDS), in: *Pflege* 27 (2014) 405–425; Wah Fung/Julia Xu, An exploration of the properties of the CORE problem list subset and how it facilitates the implementation of SNOMED CT, in: *Journal of the American Medical Informatics Association* 22/3 (2015) 649–658.

⁶ Alexandra Bernhart-Just u. a., The electronic use of the NANDA-, NOC- and NIC-classifications and implications for nursing practice, in: *Pflege* 22 (2009) 443–454.

Classification». In den NANDA Pflegediagnosen sind verschiedene Bezeichnungen zusammengetragen, die in der Pflegepraxis Phänomene bezeichnen. In den NIC sind die entsprechenden Massnahmen aufgelistet. Die NOC beinhalten die pflegerelevanten Patientenergebnisse.⁷

Durch ein System wie die Pflegediagnosen nach NANDA können die Pflegefachpersonen die Dokumentation anhand des Pflegeprozesses durchdenken. Basierend auf den hinterlegten Pflegediagnosen können die Pflegefachpersonen spezifische und pflegerisch relevante Probleme der Patientinnen und Patienten identifizieren. Mit Hilfe von NIC und NOC können die entsprechenden Interventionen zusammen mit den pflegerelevanten Ergebnissen festgelegt, dokumentiert und umgesetzt werden. NANDA eingebunden in die elektronische Pflegedokumentation erlaubt zugeschnittene Pflegeplanungen und evidenz-basierte Pflege. Damit verbessern sich die Pflege und die Patientenresultate.⁸

Jedoch sind die elektronischen Pflegedokumentationen sehr unterschiedlich. Es bestehen Probleme in Design und Prozess. Häufig fehlt ein logischer Aufbau oder auch ein klarer Bezug zur Pflege. Damit ist die Orientierung in der Dokumentation erschwert. Der Kommunikationsfluss und die Kontinuität leiden darunter sowie die Arbeit der Pflegefachpersonen. Dokumentation ist mit einem hohen Zeitaufwand verbunden und immer wieder bestehen technische Probleme. Die hohe Fluktuation in der Pflege mit Verlust an Wissen sowie Personalknappheit beeinträchtigen die Dokumentation. Daher stellt die Dokumentation aus Sicht der Pflege nach wie vor eine Herausforderung dar.⁹

2 Spiritual Care in der Pflegewissenschaft

Mit der wachsenden Bedeutung der Ganzheitlichkeit in der Pflege, der Wichtigkeit von Alternativmedizin und Palliativpflege, wird Spiritual Care in der

⁷ NANDA international inc., Nursing diagnoses 2018–2020.

⁸ Marie Fogelberg Dahm/Barbro Wadensten, Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records, in: *Journal of Clinical Nursing* 17 (2008) 2137–2145; Hannele Hediger u. a., Support of the nursing process through electronic nursing documentation systems (UEPD), in: *Pflege* 29 (2016) 125–135; Sharon Straus u. a., *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*, Chichester 2013.

⁹ Elizabeth R. Schenk u. a., Impact of Adoption of a Comprehensive Electronic Health Record on Nursing Work and Caring Efficacy, in: *Computers, Informatics, Nursing* 36/7 (2018) 331–339.

Pflege vermehrt diskutiert. Zumindest aus historischer Sicht ist Spiritual Care ein inhärenter Teil der Pflege.¹⁰ Spiritual Care wird wie folgt in der Pflege definiert: «That care that is embodied in the nurse's respect for patient's dignity, display of unconditional acceptance and love, honest nurse-patient relationship, and the fostering of hope and peace.»¹¹ Spiritual Care umfasst existentielle, spirituelle und religiöse Aspekte und hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten in ihrer Sinnsuche zur Krankheitssituation zu unterstützen. Ebenso soll eine möglicherweise bereits bestehende Verbundenheit mit einer höheren Macht oder Gott gefördert oder etabliert werden. Dabei sollen Pflegefachpersonen Patientinnen und Patienten in existentiellen, spirituellen und religiösen Aspekten unterstützen. Schliesslich sollen die Erkenntnisse dokumentiert werden. Verschiedene Aktivitäten können zu Spiritual Care gezählt werden wie als Pflegefachperson engagiert und präsent sein oder aktiv zuhören. Auch das Ermöglichen von konfessionsbezogenen Aktivitäten gehört dazu. Um Spiritual Care zu leisten, sind Pflegefachpersonen gefordert, sich Wissen anzueignen und eine Klärung der eigenen Spiritualität anzustreben. Die Pflegefachpersonen müssen lernen, diese Themen anzusprechen. Für diese Arbeit benötigen die Pflegefachpersonen Anerkennung.¹²

Werden spirituelle Anliegen nicht berücksichtigt, können Patientinnen und Patienten in spirituelle Bedrängnis («spiritual distress») kommen oder sogar mit dem Schicksal hadern. Krankheits- sowie psychische Symptome können verstärkt auftreten und der Allgemeinzustand kann sich verschlechtern. Damit leidet das Wohlbefinden. Die Auswirkungen können zu einem höheren Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen führen oder längere Spitalaufenthaltszeiten nach sich ziehen.¹³

¹⁰ Kappeli, Compassion – a forgotten tradition.

¹¹ Rick Sawatzky/Barbara Pesut, Attributes of spiritual care in nursing practice, in: *Journal of Holistic Nursing* 23 (2005) 23.

¹² Pamela H. Cone/Tove Giske, Integrating spiritual care into nursing education and practice: Strategies utilizing Open Journey Theory, in: *Nurse Education Today* 71 (2018) 22–25; Monareng, Spiritual nursing care; Simon Peng-Keller u. a., *Spiritual Care in Palliative Care – Leitlinien zur interprofessionellen Praxis*, Bern 2018.

¹³ Adrian N. Edwards u. a., The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care, in: *Palliative Medicine* 24/8 (2010) 753–770; Maya Zumstein-Shaha/Judith Alder, Welche Fachpersonen zeigen sich in der Literatur zuständig für die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose?, in: *Spiritual Care* 7/3 (2018) 281–291.

Jedoch werden psychosoziale Aspekte und Spiritual Care unsystematisch dokumentiert. Dazu gehören auch Hinweise auf psychosoziale Herausforderungen oder auf Bewältigungsstrategien, die Patientinnen und Patienten nutzen. Physische Aspekte oder Symptome von Erkrankungen wie Schmerz werden einheitlicher abgebildet.¹⁴

3 Spiritual Care Dokumentation

Um den Stand der Dokumentation von Spiritual Care zu bestimmen, wurde eine Suche in der *Pubmed/Medline* Datenbank durchgeführt. Die Begriffe «spiritual care», «documentation», «nursing documentation», «nursing record», «medical record» oder «electronic record» sowie «chart» wurden mit entsprechenden Suchparametern verbunden. Die Einschränkung auf die Suche in einer Datenbank wurde vorgenommen, um einen möglichst grossen Zugriff auf die gefundenen Publikationen zu gewährleisten. Zurückbehalten wurden Artikel mit mindestens einem der Suchwörter im Titel sowie dem jeweiligen anderen Suchwort im Abstract und in der Publikation selber. Artikel zu Spiritual Care im Bereich der Pädiatrie wurden nicht berücksichtigt.

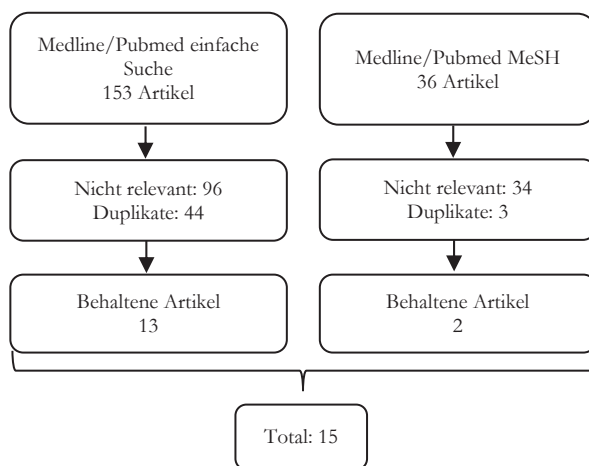


Abbildung 1: Flowchart der Datenbanksuche

¹⁴ James R. Zabora u. a., The challenges of the integration of cancer survivorship care plans with electronic medical records, in: *Seminars in Oncology Nursing* 31/1 (2015) 73–78.

Die Mehrheit der Publikationen stammt aus den USA. Weitere Beiträge kommen aus Australien, Neuseeland, Japan, dem Vereinigten Königreich sowie Schweden.

	Publikationsart	Autoren, Land	Thema
1	Literaturübersicht	Highfield ME (2000), ¹⁵ USA	Wichtigkeit von Spiritual Care in der onkologischen Pflege
2		Burkhart L & Androwich I (2009), ¹⁶ USA	Diskussion zur Dokumentation in der Pflege anhand der Spiritual Care
3		Dyess S u. a. (2010), ¹⁷ USA	Status der Forschung zu Spiritualität und Spiritual Care für «Faith Community Nurses»
4	Dokumentationsanalysen	Clarke EB u. a. (2004), ¹⁸ USA	Analyse der Dokumentation von Lebensqualitätsbereichen inkl. Spiritual Care in N=22 Intensivpflegestationen
5		Hogsnes LE u. a. (2016), ¹⁹ Schweden	Dokumentationsanalyse (n=50 Pflegedokumentationen und n=50 Krankengeschichten) zur Lebensendbetreuung von Personen mit Demenz in Pflegeheimen
6		Aslakson RA u. a. (2017), ²⁰ USA	Identifikation der Spiritual Care, die wirklich wichtig ist («what matters») basierend auf den Pflegedokumentationen sowie einer Umfrage bei N=144 Patientinnen und Patienten auf Intensivpflegestationen und deren Angehörigen (57 % Patientinnen, Patienten sowie 43 % Angehörige)

¹⁵ Martha E. Highfield, Providing spiritual care to patients with cancer, in: Clinical Journal of Oncology Nursing 4 (2000) 115–120.

¹⁶ Lisa Burkhart/Ida Androwich, Measuring spiritual care with informatics, in: Advances in Nursing Science 32 (2009) 200–210.

¹⁷ Susan Dyess u. a., State of research for Faith Community Nursing, in: Journal of Religion and Health 49 (2010) 188–199.

¹⁸ Ellen B. Clarke u. a., A content analysis of forms, guidelines, and other materials documenting end-of-life care in intensive care units, in: Journal of Critical Care 19 (2004) 108–117.

¹⁹ Linda E. Hogsnes u. a., Healthcare professionals' documentation in nursing homes when caring for patients with dementia in end of life – a retrospective records review, in: Journal of Clinical Nursing 25 (2016) 1663–1673.

²⁰ Rebecca A. Aslakson u. a., Operationalizing the measuring what matters spirituality quality metric in a population of hospitalized, critically ill patients and their family members, in: Journal of Pain and Symptom Management 53 (2017) 650–655.

7		Beese RJ & Ringdahl D (2018), ²¹ USA	Analyse von N=76 Dokumentationen der Schulung von Fachpersonen zur Integration von Dankbarkeits-basierten Praktiken
8	Bericht einer Implementierung	Rosenberg S (2006), ²² USA	Erarbeitung einer Dokumentation basierend auf der Pflge-theorie nach Jean Watson
9	Quantitative Studien mit Fachpersonen	Rajamani AE u. a. (2015), ²³ Australien	Prospektive Querschnittsstudie mit einer Befragung von n=24 Angehörigen sowie n=28 Fachpersonen zu Lebensendbetreuungspraktiken in Intensivstationen
10	Qualitative Studien mit Fachpersonen	Hunt JM u. a. (2003), ²⁴ UK	Erarbeitung einer Guideline zu Spiritual Care für eine Institution mit einer Gruppe von Fachpersonen aus den Bereichen Pflege, Medizin, Seelsorge
11		Keall RJ u. a. (2014), ²⁵ Australien	Erfahrung von N=20 Palliative Care Pflegefachpersonen mit der Durchführung von Spiritual Care
12		Chen CS u. a. (2017), ²⁶ Singapur	Erfahrung von N=18 Pflegefachpersonen mit dem Angebot und der Durchführung von Spiritual Care
13		Tanyi RA u. a. (2009) ²⁷ , USA	Erfahrung von Grundversorgenden (N=10, Hausärztinnen und -ärzten, Nurse Practitioners und Physician Assistants), Spiritual Care einzubringen

²¹ Rebecca J. Beese/Deborah Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care Through Gratitude Practices: A Health-Care Improvement Project, in: *Creative Nursing* 24 (2018) 42–51.

²² Susan Rosenberg, Utilizing the language of Jean Watson's caring theory within a computerized clinical documentation system, in: *Medicine, Computer, Science* 24 (2006) 53–56.

²³ Arvind E. Rajamani, Protocolised approach to end-of-life care in the ICU – the ICU PALCare Pilot Project, in: *Anaesthesia and Intensive Care* 43 (2015) 335–340.

²⁴ John M. Hunt u. a., The quality of spiritual care – developing a standard, in: *International Journal of Palliative Nursing* 9 (2003) 208–215.

²⁵ Robyn Keall u. a., How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies, in: *Journal of Clinical Nursing* 23 (2014) 3197–3205.

²⁶ Cassandra S. Chen u. a., Nurses' Perceptions of Psychosocial Care and Barriers to Its Provision: A Qualitative Study, in: *The journal of Nursing Research* 25 (2017) 411–418.

²⁷ Ruth A. Tanyi u. a., How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice, in: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21 (2009) 690–697.

14		Walker H & Waterworth S (2017), ²⁸ Neuseeland	Erfahrung von N=9 Palliative Care Pflegefachpersonen mit Palliative Care
15	Qualitative Studien mit Patientinnen, Patienten	Broten PJ (1997), ²⁹ USA	Ableitung N=63 Interventionen basierend auf der Erfahrung von N=15 Patientinnen und Patienten in der Palliative Care mit Spiritual Care

Tabelle 1: Übersicht der eingeschlossenen Publikationen

Die erste berücksichtige Publikation datiert von 1997 und die neueste wurde 2018 publiziert. Immerhin vier Publikationen stellen Ergebnisse von Analysen von medizinischen und pflegerischen Dokumentationssystemen vor. Weitere drei Artikel stellen quantitative und qualitative Studien mit Patientinnen und Patienten vor.

Kritisch zu betrachten sind die hier eingeordneten Literaturübersichten. Ausser dem Artikel von Dyess u. a. (2010)³⁰ genügen diese Artikel nicht den Veröffentlichungskriterien gemäss Prisma. Es fehlen vielfach klare Suchstrategien und Auswahlkriterien sowie Qualitätsanalysen der gefundenen Studien. Die Dokumentationsanalysen weisen meist neu-konzipierte Analysebogen durch die jeweilige Forschergruppe auf. Somit ist die Verlässlichkeit der angewendeten Instrumente eingeschränkt. In der Studie von Clarke u. a. (2004)³¹ ist die verwendete Dokumentenmenge am kleinsten mit N=22.

Insgesamt finden sich acht Studien mit Teilnehmenden. Davon sind sechs Studien dem qualitativen Ansatz zuzuordnen mit entsprechend kleinen Probandengruppen. Die Studie von Walker und Waterworth (2017)³² von Neuseeland verfügt dabei mit N=9 über die kleinste Teilnehmendenzahl. Die einzige quantitative Studie weist mit N=52 Teilnehmenden eine kleine Probandengruppe auf. In dieser Studie wurde ein Datensammlungsinstrument des Typs Umfrage verwendet, das in einer Studie davor entwickelt worden ist. Die

²⁸ Hannah Walker/Susan Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness, in: International Journal of Palliative Nursing 23 (2017) 18–26.

²⁹ Patricia J. Broten, Spiritual care documentation: where is it?, in: Journal of Christian Nursing 14 (1997) 29–31.

³⁰ Dyess u. a., State of research.

³¹ Clarke u. a., A content analysis.

³² Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences, 18–26.

psychometrischen Angaben sind eingeschränkt vorhanden. Daher ist die Verallgemeinerbarkeit der Resultate eingeschränkt und diese müssen mit Vorsicht behandelt werden.

Basierend auf der konsultierten Literatur lassen sich der Stand hinsichtlich der Dokumentation von Spiritual Care in der Pflege identifizieren sowie die damit zusammenhängenden Hürden. Darauf aufbauend lassen sich Empfehlungen für die Dokumentation von Spiritual Care in der Pflege ableiten.

3.1 Zustand und Hürden der Spiritual Care Dokumentation

Spiritual Care ist ein wichtiges Element der Pflege gemäss Patientinnen und Patienten sowie der Fachpersonen aus Medizin, Pflege und Seelsorge.³³ Besonders Betroffene mit lebenslimitierenden Erkrankungen geben Spiritualität als Zuflucht an. Studien weisen zudem auf die positiven Auswirkungen von Spiritual Care auf das Wohlbefinden sowie die Gesundheit.³⁴ Dabei wird ziemlich lückenlos die jeweilige Konfession der Patientinnen und Patienten in der Pflegedokumentation festgehalten. In Situationen am Lebensende wird Spiritual Care auch häufiger thematisiert und dokumentiert als in anderen Pflegesituationen.³⁵ Jedoch existieren verschiedene Hürden, um weitere Aspekte der Spiritual Care zu dokumentieren. Insgesamt wird Spiritual Care kaum verschriftlicht in der Pflegedokumentation. Der Mangel an schriftlicher Abbildung der Spiritual Care bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass diese nicht angeboten oder durchgeführt wurde.³⁶ Dazu trägt bei, dass Spiritual Care, manchmal auch psychosoziale Aspekte in der Pflege genannt, nicht priorisiert werden.³⁷ Auf Intensivstationen zeigt sich, dass Hinweise zur Symptombelastung oder zu deren Management, Fragen der weiteren Behandlung und Entscheidungsfindung sowie der Einbezug von Familienangehörigen

³³ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Broten, Spiritual care documentation; Highfield, Providing spiritual care; Hunt u. a., The quality of spiritual care.

³⁴ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring.

³⁵ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Broten, Spiritual care documentation; Clarke u. a., A content analysis; Highfield, Providing spiritual care; Hunt u. a., The quality of spiritual care.

³⁶ Beese/Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care; Chen u. a., Nurses' Perceptions; Dyess u. a., State of research; Tanyi u. a., How family practice.

³⁷ Chen u. a., Nurses' Perceptions; Highfield, Providing spiritual care; Hunt u. a., The quality of spiritual care.

häufiger dokumentiert werden als Aspekte der Spiritual Care, der Kommunikation oder der emotionalen und praktischen Unterstützung.³⁸ Die Fachpersonen vertreten die Haltung, dass es sinnvoller ist, Spiritual Care anzubieten und durchzuführen, auch ohne Dokumentation.³⁹ Häufig ist die Dokumentation auch nicht aufschlussreich. Einträge von verschiedenen Fachpersonen können vorhanden sein. Aber es lassen sich kaum Rückschlüsse auf den Inhalt der verabreichten Spiritual Care ziehen.⁴⁰ Schwierig gestaltet sich auch die Möglichkeit der Messbarkeit von Spiritual Care und dessen Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten.⁴¹

Gründe für die mangelhafte Dokumentation von Seiten der Fachpersonen sind vielfältig. Fachpersonen fühlen sich ungenügend vorbereitet oder ausgebildet für Spiritual Care. Fehlend sind auch geeignete Weiterbildungen zu Spiritual Care. Einige haben den Eindruck, dass Spiritual Care von ihrer Seite – insbesondere Pflegefachpersonen – unerwünscht ist. Pflegefachpersonen denken, dass die Patientinnen und Patienten von ihnen keine Spiritual Care wünschen. Auch denken Pflegefachpersonen, dass andere Fachpersonen ihnen die Spiritual Care nicht zutrauen. Die Pflegefachpersonen fürchten sich zu exponieren. Zudem erleben Pflegefachpersonen auch mangelnde Anerkennung bis hin zu einem Verweis von vorgesetzten Stellen oder fehlende Unterstützung für die Durchführung von Spiritual Care. Ins Feld geführt wird auch fehlende Zeit, Spiritual Care anzubieten oder durchzuführen.⁴²

Im Betreuungsplan ist Spiritual Care selten integriert. Assessments werden daher unregelmässig durchgeführt und entsprechend lückenhaft dokumentiert. Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten werden nur partiell aufgenommen. Ähnlich verhält es sich mit allfälligen Gesprächen zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten. Diese sind oft rudimentär abgebildet und lassen keine Rückschlüsse zu. Somit können auch allfällige Ergebnisse nur skizzenhaft evaluiert werden. Gleichermassen sind Rollen der Fachpersonen unklar. Ebenso fehlen passende Orte, um in Organisationen der Gesundheitsversorgung Spiritual Care durchzuführen. Dadurch besteht kaum Notwendigkeit für Spiritual Care. Gründe für diese Herausforderungen werden dem

³⁸ Clarke u. a., A content analysis.

³⁹ Tanyi u. a., How family practice.

⁴⁰ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Keall u. a., How do Australian; Rajamani, Protocolised approach.

⁴¹ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Rosenberg, Utilizing the language.

⁴² Beese/Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care; Broten, Spiritual care documentation; Highfield, Providing spiritual care.

Mangel an Richtlinien oder Qualitätsstandards für Spiritual Care zugeschrieben, dem ungenügenden Umsetzen solcher Qualitätsstandards von Organisationen in der Gesundheitsversorgung eingeschlossen, oder der Schwierigkeit, die Vertraulichkeit der Gesprächsinhalte respektvoll zu dokumentieren.⁴³

Neben dem Festhalten der religiösen oder spirituellen Zugehörigkeit, werden in spirituellen Assessments aber noch weitere Angaben erhoben. Dazu gehört das Abklären des Bedürfnisses für Besuche von Seelsorgenden. Es existieren zuverlässige Assessmentinstrumente (siehe nachfolgende Tabelle).⁴⁴

Autoren	Screening oder Assessment
Aslakson RA u. a. (Operationalizing the measuring what matters spirituality quality metric in a population of hospitalized, critically ill patients and their family members. 2017.53.650–655) ⁴⁵ , USA	Eine Frage nach der Konfession. Eine zweite Frage nach dem Wunsch auf den Besuch von Seelsorgenden.
Highfield ME (Providing spiritual care to patients with cancer. 2000.4.115–20) ⁴⁶ , USA	SPIRIT S: «Spiritual belief system» P: «Personal spirituality» I: «Integration with a spiritual community» R: «Ritualized practices and restrictions» I: «Implications for medical care» T: «Terminal events planning»
Walker H & Waterworth S (New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness. 2017.23.18–26) ⁴⁷ , Neuseeland	HOPE H: «Sources of hope, meaning, comfort, strength, peace, love and connection» O: «Organized religion» P: «Personal spirituality and practices» E: «Effects on medical care and end-of-life issues»

Tabelle 2: Screening und Assessment Instrumente

Viele dieser Assessments stammen aus dem angelsächsischen Raum und müssen für die Anwendung in einem anderen kulturellen und linguistischen Kontext angepasst werden. Damit stellt sich die Frage, ob übersetzte Versionen

⁴³ Beese/Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care; Hunt u. a., The quality of spiritual care; Keall u. a., How do Australian.
⁴⁴ Broten, Spiritual care documentation; Chen u. a., Nurses’ Perceptions; Highfield, Providing spiritual care.
⁴⁵ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring.
⁴⁶ Highfield, Providing spiritual care.
⁴⁷ Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

von Assessments in andere Kontexte überhaupt erfolgreich transferiert werden können. Aber die Ergebnisse dieser Abklärungen können häufig ungenügend oder gar nicht in der Dokumentation festgehalten werden. Es fehlen geeignete Abschnitte in der Dokumentation oder entsprechender Platz.⁴⁸

Dokumentation ist eine Quelle von Informationen und Daten. Dadurch können die Mitglieder des interprofessionellen Teams von Fachpersonen sich gegenseitig informieren und miteinander kommunizieren. Es ist möglich, die Kontinuität in der Spiritual Care zu gewährleisten.⁴⁹ Neben der Tatsache, dass die Fachpersonen nur ungenügend Spiritual Care festhalten, liegen etliche Probleme bei der Dokumentation selbst vor. Die Pflegedokumentation bildet den Pflegeprozess nur ungenügend ab. Dadurch können weder Ziele der Pflege noch die entsprechenden Massnahmen oder die daraus folgenden Ergebnisse klar dargelegt werden. Somit können spezifische Interventionen, die im Rahmen der Spiritual Care erfolgen, nicht abgebildet werden. Religiöse und spirituelle Anliegen gelten als privat und verlangen einen respekt- und würdevollen Umgang. Gespräche darüber, die im Rahmen von Spiritual Care erfolgen, verlangen daher in der Dokumentation die Berücksichtigung der Vertraulichkeit. Pflegefachpersonen fürchten sich, diese Vertraulichkeit im Rahmen der Dokumentation zu verletzen.⁵⁰

Die fehlende oder mangelhafte sprachliche Eigenheit der Pflegedokumentation trägt zu dieser Problematik bei. Pflegefachpersonen müssen nicht nur Phänomene erkennen, sondern diese auch sprachlich abbilden können. Dafür ist eine gemeinsame Sprache oder Terminologie wichtig, die von allen Pflegefachpersonen mitgetragen und verstanden wird. Pflegediagnosensysteme wie NANDA bieten solche Möglichkeiten. Rosenberg hält fest: «Kann etwas nicht benannt werden, kann es weder kontrolliert, noch finanziert, noch unterrichtet, noch erforscht werden – und ist somit auch nicht Politik-relevant.»⁵¹

3.2 Inhaltliche Empfehlungen zur besseren Dokumentation

Verschriftlichung von Spiritual Care ist in jedem Fall wünschenswert und wird erwartet. Daher muss die Dokumentation entsprechend angepasst werden. In

⁴⁸ Broten, Spiritual care documentation; Chen u. a., Nurses' Perceptions; Highfield, Providing spiritual care.

⁴⁹ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Dyess u. a., State of research; Keall u. a., How do Australian; Rajamani, Protocolised approach; Tanyi u. a., How family practice.

⁵⁰ Dyess u. a., State of research; Keall u. a., How do Australian.

⁵¹ Rosenberg, Utilizing the language, 56 [Freie Übersetzung durch die Autorin].

der Dokumentation muss eine spezifische Rubrik für Spiritual Care vorhanden sein. Existierende Formulare oder Abschnitte können auch für die Darstellung der Spiritual Care umgenutzt werden.⁵²

Die elektronische Dokumentation kann hier unterstützend sein.⁵³ Es kann eine eigene Rubrik zu Spiritual Care integriert werden, oder für verschiedene Fachpersonen im interprofessionellen Team können spezifische Rubriken zu Spiritual Care eingearbeitet werden. Damit können die Rollen bezüglich Spiritual Care im interprofessionellen Team abgebildet werden. In der elektronischen Dokumentation können vereinfacht Informationen zu den unterschiedlichen Fachpersonen, deren Rollen und Kompetenzen in der Spiritual Care hinterlegt werden. Voraussetzung für die Nutzung ist, dass die Rubriken zu Spiritual Care dem interprofessionellen Team gegenseitig zugänglich sind.⁵⁴

Dokumentiert werden sollen die Bedürfnisse und Vorstellungen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Spiritual Care sowie diejenigen der Angehörigen. Dazu gehört das Festhalten der Angaben zu Fachpersonen in der Spiritual Care, von welchen die Patientinnen und Patienten betreut werden wollen. Ebenso sollte dokumentiert werden, wenn Patientinnen und Patienten z. B. keine Seelsorgenden sehen möchten. Ein derartiger Wunsch bedeutet aber nicht gleichzeitig, dass die Patientinnen und Patienten keine Spiritual Care wünschen. Es braucht daher genügend Angaben, dass das interprofessionelle Team seine Aufgaben gegenüber Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen hinsichtlich Spiritual Care erkennt.⁵⁵ Zusätzlich soll aufgezeigt werden, in welcher Form die spirituellen Anliegen in der Pflege eingebunden werden sollen. So kann die Pflege auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden.⁵⁶

Damit die Dokumentation hilfreich für Spiritual Care ist, sollte sie strukturiert sein. Inspiration können dabei die Dokumentation von Symptomen

⁵² Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Beese/Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care; Clarke u. a., A content analysis; Dyess u. a., State of research; Keall u. a., How do Australian; Hunt u. a., The quality of spiritual care; Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

⁵³ Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Hunt u. a., The quality of spiritual care; Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

⁵⁴ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Hunt u. a., The quality of spiritual care.

⁵⁵ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Tanyi u. a., How family practice.

⁵⁶ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Beese/Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care; Clarke u. a., A content analysis; Dyess u. a., State of research; Keall u. a., How do Australian; Hunt u. a., The quality of spiritual care.

und deren Management bieten, das neuseeländische Modell «Te Whare Tapa Wha» – mit den Bereichen physische Gesundheit, spirituelle Gesundheit, Familiengesundheit und seelische Gesundheit – oder der Pflegeprozess.⁵⁷ Dieser letztere beinhaltet die Schritte: gemeinsame Zielsetzung mit Patientinnen und Patienten und zu erwartende Ergebnisse, Massnahmenplanung und -durchführung sowie Evaluation. Mit einer solchen Strukturierung der Spiritual Care Dokumentation können die Ergebnisse des spirituellen Assessments verschriftlicht werden und es kann ein Regelprozess eingeleitet werden, um Spiritual Care anzubieten sowie regelmässig zu evaluieren. Weiter wird in der Dokumentation der Beizug von weiteren Fachpersonen wie z. B. der Seelsorgenden festgehalten. Im Rahmen der Austrittsplanung sollen insbesondere Abklärungen hinsichtlich weiteren Fachpersonen aufgeführt werden. Dazu können Hinweise an die Vertretenden der jeweiligen religiösen oder spirituellen Gemeinde gehören. Es sollte in der Dokumentation möglich sein, dass diese und andere Fachpersonen ihre Erkenntnisse dokumentieren können.⁵⁸

In der elektronischen Dokumentation können wichtige Guidelines oder Standards direkt für die dokumentierenden Personen einsehbar sein. In diesen Guidelines können Vorgaben zum Inhalt der Spiritual Care aufgeführt sein sowie Angaben zu den Dokumentationsinhalten. Guidelines werden als Hilfestellung betrachtet, wenn die Fachpersonen sich vor negativen Konsequenzen fürchten. Jedoch existieren solche Guidelines und Standards immer noch kaum und sind selten im Gesundheitswesen umgesetzt.⁵⁹

Spezifische Rubriken für Spiritual Care sind wichtig, aber beengte Platzverhältnisse sollten die Dokumentation nicht bestimmen. Es ist zentral, dass die Dokumentation benutzerfreundlich bleibt. Insbesondere sollte die Dokumentation gut durchdacht und so aufgebaut sein, dass sie gleichzeitig als Datenbank für Forschungsarbeiten dienen kann. So wird die Verschriftlichung gefördert.⁶⁰

Im Rahmen von Spiritual Care sollen Gespräche und Diskussionen zum Thema zwischen Patientinnen und Patienten sowie Fachpersonen erfolgen.

⁵⁷ Highfield, Providing spiritual care; Keall u. a., How do Australian; Rosenberg, Utilizing the language; Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

⁵⁸ Highfield, Providing spiritual care; Dyess u. a., State of research; Hunt u. a., The quality of spiritual care; Tanyi u. a., How family practice.

⁵⁹ Highfield, Providing spiritual care; Hunt u. a., The quality of spiritual care.

⁶⁰ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Beese/Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care; Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Clarke u. a., A content analysis; Dyess u. a., State of research; Keall u. a., How do Australian; Hunt u. a., The quality of spiritual care.

Inhalte solcher Gespräche können Aufschluss über die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten geben und sind somit wichtige Quellen. Daher ist es erwünscht und wichtig, dass daraus gewonnene Erkenntnisse in der Dokumentation festgehalten werden. Damit fließen vertrauliche Informationen in die Dokumentation ein. Es ist nötig, dass die Fachpersonen eine schriftliche Form finden, diese Vertraulichkeit zu gewährleisten und trotzdem die wichtigen Informationen abzubilden. Empfohlen wird das Einholen der Zustimmung der Patientinnen und Patienten zur Dokumentation der Inhalte. Dabei gilt es festzuhalten, dass diese Inhalte lediglich den betreuenden Fachpersonen zugänglich gemacht werden. Es geht darum, dass wichtige Informationen für die Betreuung an alle Teammitglieder weitergeleitet werden. So kann die Pflege verbessert werden. Paraphrasierung der Inhalte in der Dokumentation oder das Abbilden direkter Rede nur bei ganz spezifischen Aussagen der Patientinnen und Patienten wird auch empfohlen.⁶¹

Hilfestellung für die Dokumentation von Spiritual Care leistet eine adäquate Sprache. Eine Möglichkeit kann in der Pflege über sogenannte Pflegediagnosen führen. Wichtige Systeme darin sind NANDA – *North American Nursing Diagnoses Association*, OMAHA System, SABA HHCC (*Home Health Care Classification*) System, SNOMED CT oder MDS – *Minimum Data Set*, um nur einige zu nennen.⁶² Bereits seit 1978 gehören zu NANDA auch Pflegediagnosen, die auf Spiritualität und Religion hinweisen. Die aktuell verfügbaren Pflegediagnosen sind zusammengestellt im Bereich («Domain») «Life Principles»:⁶³ spirituelles Wohlbefinden, bereit sein für ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden, spirituelle Bedrängnis («spiritual distress»), das Risiko für spirituelle Bedrängnis («risk for spiritual distress»), beeinträchtigte Religiosität, das Risiko für eine beeinträchtigte Religiosität, bereit sein für verbesserte Religiosität, ein Konflikt in der Entscheidungsfindung sowie moralischer Distress.⁶⁴

⁶¹ Highfield, Providing spiritual care; Hunt u. a., The quality of spiritual care; Keall u. a., How do Australian; Tanyi u. a., How family practice.

⁶² Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Rosenberg, Utilizing the language.

⁶³ NANDA international inc., Nursing diagnoses 2018–2020.

⁶⁴ Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Highfield, Providing spiritual care; NANDA international inc., Nursing diagnosis 2018–2020.

Standard/ Domäne	Klasse	Pflegediagnosen
Existentiell	Komfort ⁶⁵	Angst, beeinträchtigter Komfort, bereit für mehr Komfort, Todesangst, Furcht, akuter Schmerz, chronischer Schmerz, Geburtsschmerz, chronisches Schmerzsyndrom, Nausea, chronische Trauer
	Wohlbefinden	Trauern, komplizierte Trauer, Risiko für komplizierte Trauer, bereit für mehr Hoffnung, Hoffnungslosigkeit, Risiko für beeinträchtigte Würde des Menschen, bereit für mehr Einfluss («power»), Machtlosigkeit, Risiko für Machtlosigkeit, spiritueller Distress, Risiko für spirituellen Distress, bereit für mehr spirituelles Wohlbefinden
	Lebensprinzipien	Konflikt in der Entscheidungsfindung, moralischer Distress, Non-Compliance, bereit für mehr Religiosität, beeinträchtigte Religiosität, Risiko für beeinträchtigte Religiosität
	Coping	Ineffektives Planen von Aktivitäten, Risiko für ineffektives Planen von Aktivitäten, defensives Coping, ineffektives Coping, bereit für besseres Coping, bereit für bessere Entscheidungsfindung, beeinträchtigte emanzipierte Entscheidungsfindung, Risiko für beeinträchtigte emanzipierte Entscheidungsfindung, bereit für bessere emanzipierte Entscheidungsfindung, Posttraumatisches Syndrom, Risiko für ein posttraumatisches Syndrom, Vergewaltigungstrauma Syndrom, Zwangsumsiedlungssyndrom, Risiko für ein Zwangsumsiedlungssyndrom, bereit für bessere Resilienz, beeinträchtigte Resilienz, Risiko für beeinträchtigte Resilienz, Stress-Überlastung

Tabelle 3:
Dritte Version der NANDA Pflegediagnosen zu Religion und Spiritualität⁶⁶

Teil dieser Diagnosen ist eine basierend auf Jean Watson’s Pflege-theorie: die beeinträchtigte Würde des Menschen. Diese Pflegediagnose beinhaltet die Aspekte: Entscheidungsfindung, Wohlbefinden, spirituelles Wohlbefinden und Coping. In diesen Bereichen sollen die Patientinnen und Patienten von den Pflegefachpersonen unterstützt werden. Darin können auch entsprechende Ergebnisse der Pflege mit den Indikatoren «verbessert», «verschlechtert» oder «unverändert» gemessen werden.⁶⁷ Die Diagnosestellung basierend auf einem

⁶⁵ Komfort bedeutet hier: Linderung, die Situation angenehm gestalten, oder mindestens die Situation so angenehm wie möglich gestalten.
⁶⁶ NANDA international inc, Nursing diagnosis 2018–2020.
⁶⁷ Rosenberg, Utilizing the language.

System wie NANDA bringt mit sich, dass in der Pflege angetroffene Phänomene wie spirituelle Bedrängnis («spiritual distress») benannt werden können und alle anderen Pflegefachpersonen darunter das Gleiche verstehen. Transparenz wird gefördert, gemeinsame Zielsetzungen und Behandlungen sowie Kontinuität werden gewährleistet. Spiritual Care wird sogar häufiger durchgeführt. Die Visibilität steigt und auch die Kommunikation wird verbessert.⁶⁸

Neben der anzupassenden Dokumentation sind weitere organisatorische und strukturelle Massnahmen zur Förderung der Dokumentation von für Spiritual Care nötig. Im Gesundheitswesen müssen Qualitätsrichtlinien und Standards zu Spiritual Care entwickelt und umgesetzt werden. In Institutionen des Gesundheitswesens muss die Bedeutung von Religion und Spiritualität, spiritueller Bedrängnis («spiritual distress») und Spiritual Care geklärt werden. Dazu gehört Rollenklärung und Identifikation der betroffenen Mitglieder des interprofessionellen Teams. Entsprechend müssen das Angebot und die Durchführung von Spiritual Care als wichtiger Teil der Pflege von vorgesetzten Personen anerkannt werden. Damit sollten Ressourcen wie geeignete Örtlichkeiten oder Zeit zur Verfügung stehen. Entsprechend sollten negative Konsequenzen für Mitglieder des interprofessionellen Teams, die Spiritual Care anbieten, ausbleiben. Dazu gehört die Thematisierung der geeigneten Terminologie und somit Sprache sowie die Vertraulichkeit bezüglich der Dokumentation von Spiritual Care. Basierend auf der Dokumentation wird es möglich, den Beitrag von Spiritual Care sichtbar zu machen.⁶⁹

Pflegefachpersonen sowie die anderen Mitglieder des interprofessionellen Teams benötigen einerseits Schulungen, um Spiritual Care anzubieten und durchzuführen. Dazu gehören Informationen bezüglich der Rahmenbedingungen und existierenden Qualitätsrichtlinien und Standards. Die Fachpersonen müssen die systematischen Assessments lernen, um sie korrekt durchführen zu können und die Ergebnisse zu dokumentieren. Andererseits benötigen die Pflegefachpersonen sowie die anderen Fachpersonen Schulung hinsichtlich der Terminologie wie NANDA. Es ist wichtig, die Logik eines solchen

⁶⁸ Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Highfield, Providing spiritual care.

⁶⁹ Broten, Spiritual care documentation; Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Chen u. a., Nurses' Perceptions; Highfield, Providing spiritual care; Hunt u. a., The quality of spiritual care; Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

Systems zu verstehen, um schliesslich als interprofessionelles Team gemeinsam Spiritual Care anzubieten und durchzuführen.⁷⁰ Dazu gehört das Etablieren einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten. Für die Planung von adäquaten Massnahmen wird PLAN vorgeschlagen (Erlaubnis [«permission»], zugeschnittene Information [«limited information»], Ressourcenzugang [«accessing resources»] sowie Unterstützung durch andere Fachpersonen als Pflegefachpersonen [«non-nurse assistance»]).⁷¹ Zunächst muss von den Patientinnen und Patienten die Erlaubnis eingeholt werden, die Bedürfnisse für Spiritual Care dem interprofessionellen Team mitzuteilen («permission»). Dabei ist vorausgesetzt, dass die Pflegefachpersonen spezifische Aspekte der Konfessionen kennen oder sich entsprechend informieren («limited information»). Basierend auf den Angaben der Patientinnen und Patienten, können die Pflegefachpersonen – soweit möglich – Spiritual Care durchführen. Wichtig ist die Identifikation der nötigen Ressourcen. Aber den Patientinnen und Patienten sollte auch der Zugang zu Spiritual Care ermöglicht werden («accessing resources»). Schliesslich sollen Patientinnen und Patienten gemeinsam mit den Pflegefachpersonen über die Integration von weiteren Fachpersonen entscheiden («non-nurse assistance»). Mit PLAN kann Spiritual Care durchgeführt und anschliessend evaluiert werden.⁷²

4 Diskussion

Spiritual Care ist ein stiefmütterlich behandelter Aspekt der Pflege in der Praxis. Einerseits bestehen Wissenslücken auf Seiten der Pflegefachpersonen, andererseits ist die Dokumentation eingeschränkt.⁷³ Dokumentation von Pflege ist generell beeinträchtigt. Die Gründe dafür sind mannigfaltig, wie unstrukturierte, nicht an die Pflege angepasste Dokumentation oder Zeitmangel.⁷⁴

⁷⁰ Broten, Spiritual care documentation; Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Highfield, Providing spiritual care; Hunt u. a., The quality of spiritual care; Rosenberg, Utilizing the language.

⁷¹ Highfield, Providing spiritual care.

⁷² Ebd.

⁷³ Broten, Spiritual care documentation; Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Rajamani, Protocolised approach; Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

⁷⁴ Hediger u. a., Support; Schenk u. a., Impact of Adoption.

4.1 Herausforderungen

Weiter bestehen institutionelle und organisatorische Probleme, die auf Spiritual Care Dokumentation einwirken. Dazu gehört, dass *Guidelines* zu Spiritual Care kaum existieren oder in den Institutionen umgesetzt sind. Zudem bestehen Unklarheiten bezüglich der vorherrschenden Haltung zu Spiritual Care in Institutionen des Gesundheitswesens.⁷⁵ Die Bedeutsamkeit von *Guidelines* für die Dokumentation ist nicht bekannt. Dokumentationssysteme sind auf jeweilige Institutionen und Organisationen im Gesundheitswesen zugeschnitten. Dadurch sind sie unterschiedlich und verlangen immer wieder andere Aspekte von den Fachpersonen.⁷⁶ Konzeptionelle Unterschiede und Unklarheiten werden immer wieder als Gründe ins Feld geführt, dass Spiritual Care nicht regelmässig angeboten oder durchgeführt wird.⁷⁷ Damit lässt sich auch der Mangel an umgesetzten *Guidelines* erklären. Diese Situation kann sogar zur Folge haben, dass vorgesetzte Fachpersonen Spiritual Care nicht unterstützen oder bekämpfen mit negativen Folgen für die Pflegefachpersonen.⁷⁸

Elektronische Dokumentation bringt viele Vorteile. *Guidelines* können hinterlegt werden oder auch Rollenbeschreibungen.⁷⁹ Jedoch fehlt die Benutzerfreundlichkeit, und technische Probleme können sich einstellen.⁸⁰ Um diesen Herausforderungen entgegenzuwirken, müssen die Mitglieder des interprofessionellen Teams von Spiritual Care gemeinsame Vorstellungen entwickeln. Spiritual Care muss operationalisiert werden und geeignete Umsetzungen müssen gefunden werden.⁸¹

Spiritualität und religiöse Aspekte gelten als privat. Pflegefachpersonen weisen darauf hin, dass nicht alle Patientinnen und Patienten gerne darüber sprechen.⁸² Die Haltung der Patientinnen und Patienten wird unterschiedlich beschrieben. Insbesondere für Patientinnen und Patienten mit lebenslimitie-

⁷⁵ Chen u. a., Nurses' Perceptions; Clarke u. a., A content analysis.

⁷⁶ Dahm/Wadensten, Nurses' experiences; Hediger u. a., Support; Schenk u. a., Impact of Adoption.

⁷⁷ Monareng, Spiritual nursing care.

⁷⁸ Broten, Spiritual care documentation; Highfield, Providing spiritual care; Hunt u. a., The quality of spiritual care.

⁷⁹ Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Chen u. a., Nurses' Perceptions; Jefferies, A meta-study; Lunney, Critical thinking.

⁸⁰ Schenk u. a., Impact of Adoption.

⁸¹ Hunt u. a., The quality of spiritual care.

⁸² Broten, Spiritual care documentation; Highfield, Providing spiritual care.

renden Erkrankungen haben diese Aspekte einen hohen Stellenwert und Spiritual Care ist erwünscht.⁸³ In diesem Bereich sind weitere Untersuchungen notwendig. Insbesondere ist interessant, ob Patientinnen und Patienten eine andere Haltung bezüglich Spiritual Care haben in Institutionen, die hier eine Klärung vorgenommen haben.

Ein ähnliches Problem stellt sich in Bezug auf das interprofessionelle Team. Pflegefachpersonen sind nicht schlüssig, ob Spiritual Care von ihnen angeboten werden soll. Einerseits geben sie Wissenslücken an, andererseits fehlt Anerkennung für diese Arbeit. Damit verbunden sind Unsicherheiten bezüglich Rollen und den Mitgliedern des interprofessionellen Teams.⁸⁴ Diese Unsicherheiten sind interessant. Spiritual Care gilt als Teil der Pflege.⁸⁵ Für die Seelsorgenden ist Spiritual Care Kern des Auftrags.⁸⁶

Um Spiritual Care anzubieten, sind zielgerichtete Assessments notwendig. Einige dieser Assessments (siehe Tabelle 2) sind zuverlässig und werden auch in der Praxis umgesetzt.⁸⁷ Jedoch ist zu prüfen, ob Assessments aus einem anderen kulturellen und sprachlichen Kontext übertragen werden können. Ebenso gilt es zu prüfen, ob das Verständnis der Rollen der Mitglieder des interprofessionellen Teams sowie die entsprechenden Kompetenzen in den unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Kontexten ähnlich bleiben. Entsprechende weiterführende Untersuchungen sind nötig.

Es ist empfohlen, dass in der Dokumentation eine standardisierte Sprache zur Anwendung kommt. Dadurch ist es möglich, im interprofessionellen Team klar zu den jeweiligen Phänomenen zu kommunizieren, ein gemeinsames Vorgehen zu definieren und entsprechend können die erwarteten Ergebnisse evaluiert werden. Viele Dokumentationssysteme basieren auf SNO-MED CT, eine ärztlich ausgerichtete Standardsprache. Damit können medizinische Diagnosestellungen gut abgebildet werden. Für die Abbildung der pflegespezifischen Aspekte werden Klassifikationen wie NANDA mit NIC

⁸³ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Beese/Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care; Rajamani, Protocolised approach.

⁸⁴ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring.

⁸⁵ Hunt u. a., The quality of spiritual care; Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

⁸⁶ Keall u. a., How do Australian; Tanyi u. a., How family practice.

⁸⁷ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Highfield, Providing spiritual care; Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

und NOC empfohlen.⁸⁸ Um Spiritual Care zu fördern, sollten aber die Dokumentationssysteme über entsprechende Rubriken verfügen. Vorbereitete oder vorgefertigte Dokumentationsmöglichkeiten fördern die Verschriftlichung und Abbildung der geleisteten Pflege.⁸⁹ Hier besteht noch viel Nachholbedarf.

Für eine erfolgreiche Durchführung von Spiritual Care sowie dem Festhalten von entsprechenden Dokumentationsinhalten ist eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zwischen Patientinnen, Patienten, Angehörigen und Fachpersonen unerlässlich. Neben den Fähigkeiten, solche Beziehungen aufzubauen, benötigen die Fachpersonen Wissen sowie Raum und Zeit.⁹⁰ Die Bedeutung der Beziehung wird kaum je in Zusammenhang mit der Dokumentation thematisiert. Hier sind weitere Untersuchungen gefordert.

Um Spiritual Care anzubieten, braucht es Wissen, Fähigkeiten, räumliche Gelegenheit sowie Zeit und Anerkennung. Für die Dokumentation von Spiritual Care sind Systeme notwendig, die von den Mitgliedern des interprofessionellen Teams bedient werden können und einen gegenseitigen Austausch erlauben. Im Umgang mit Dokumentation wird auf die Wichtigkeit von Schulungen hingewiesen. Diese Aus- und Weiterbildungen müssen allen Mitgliedern des interprofessionellen Teams zur Verfügung stehen. Zudem müssen sie regelmässig angeboten werden, da Fluktuationen immer wieder Wissensverlust bedeuten.⁹¹

4.2 Grenzen

Für die Frage bezüglich Dokumentation von Spiritual Care in der Pflegewissenschaft wurde eine eingeschränkte Datenbanksuche durchgeführt. Zum Thema Dokumentieren in der Pflegewissenschaft ist die Zahl an Publikationen bereits klein. Dokumentieren von Spiritual Care ist ein noch kleineres Gebiet. Die gefundenen Publikationen erfüllen nicht alle Kriterien der Publikationsrichtlinien nach Equator Network. Quantitative und qualitative bzw.

⁸⁸ Burkhart/Androwich, Measuring spiritual; Lunney, Critical thinking; NANDA international inc., Nursing diagnosis 2018–2020; Ranegger/Ammenwerth, Nursing minimum data; Rosenberg, Utilizing the language.

⁸⁹ Beese/Ringdahl, Enhancing Spiritually Based Care; Clarke u. a., A content analysis; Hogsnes u. a., Healthcare professionals' documentation; Keall u. a., How do Australian; Rosenberg, Utilizing the language; Walker/Waterworth, New Zealand palliative care nurses experiences.

⁹⁰ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Chen u. a., Nurses' Perceptions; Monir Ramezani u. a. The grounded theory of «trust building», in: Nursing Ethics 26 (2019) 753–766.

⁹¹ Aslakson u. a., Operationalizing the measuring; Highfield, Providing spiritual care.

Mixed-Methods-Untersuchungen sind kaum vorhanden. Zudem stammen die Publikationen vorwiegend aus englischsprachigen Ländern. Weitere Untersuchungen sind nötig, um die Bedeutsamkeit der Spiritual Care Dokumentation aufzuzeigen.

5 Schlussfolgerung

Dokumentation ist ein wichtiges Instrument in der Gesundheitsversorgung, und somit auch für die Spiritual Care. Kommunikation, Kontinuität der Pflege und Behandlung, Abrechnung, rechtliche Grundlagen stellen nur einige der zentralen Aspekte dar. Jedoch hat die Aufarbeitung der Literatur gezeigt, dass Spiritual Care kaum dokumentiert wird. Gründe dafür sind mannigfaltig. Weiterführende Untersuchungen sind nötig, um diesem Missstand zu begegnen. Die Dokumentation von Spiritual Care muss sich verbessern, denn sie wirkt sich aus auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen, und die Arbeit des interprofessionellen Teams.

Zusammenfassung: Ziel dieses Beitrags ist, der Dokumentation von Spiritual Care in der Pflege nachzugehen. Dokumentation hat sich in den letzten Jahren stark verändert mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers. In dieser Form finden sich unterstützende Massnahmen wie die Logik des Pflegeprozesses bereits integriert, oft in Kombination mit Pflegediagnosen und entsprechenden Hinweisen auf Interventionen. Dadurch wird die Pflegequalität sowie der Informationsfluss unter den verschiedenen Leistungserbringern gefördert. Jedoch bestehen Herausforderungen in Bezug auf die Dokumentation von pflegerischen Überlegungen sowie die Dokumentation von Spiritual Care. Letzteres wird zwar als sehr relevant betrachtet, jedoch bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber. Entsprechend uneinheitlich wird deren Durchführung gehandhabt sowie dokumentiert. Basierend auf einer Literaturrecherche sowie Erfahrungen aus einer qualitativen Studie mit Krebsbetroffenen zum Thema Spiritualität wird die Dokumentation von Spiritual Care aufgearbeitet. Lückenlose Dokumentation liegt vor bei der jeweiligen Konfession von Patientinnen und Patienten. Alle anderen Aspekte von Spiritual Care sind mangelhaft dokumentiert. Unterschiedliche Gründe liegen dafür vor wie z. B. Ängste und ungenügende Ausbildung auf Seiten der Pflegefachpersonen oder mangelnde Möglichkeiten in der Dokumentation

selbst. Daher ist es nötig, die Dokumentation zu Spiritual Care zu überarbeiten, entsprechende Rubriken zu integrieren sowie die Pflegefachpersonen und anderen Fachpersonen in der Handhabung zu schulen.

Abstract: The aim of this article is to follow up documentation of spiritual care in nursing. Documentation has changed considerably in recent years with the introduction of the electronic medical record. In this form, supporting measures such as the logic of the care process are already integrated, often in combination with care diagnoses and corresponding references to interventions. This promotes the quality of care and the flow of information among the various service providers. However, there are challenges with regard to the documentation of nursing considerations and the documentation of spiritual care. Although the latter is considered very relevant, there are different views on it. Accordingly, their implementation is handled inconsistently and so is documentation. Based on a literature search and experiences from a qualitative study with cancer patients on the topic of spirituality documentation of spiritual care is dealt with. For each patient's denomination complete documentation is available. However, all other aspects of spiritual care are poorly documented. There are various reasons for this, e. g. fears and insufficient training on the part of the nursing staff or a lack of possibilities in the documentation process itself. It is therefore necessary to revise the documentation on spiritual care, integrating appropriate sections and training nursing staff and other professionals in its use.

V. Perspektiven

Seelsorgliche Dokumentation

Perspektiven für die Seelsorgeforschung und -weiterbildung

Traugott Roser

Kürzlich erreichte mich über den Sprecher der Sektion Seelsorge eine Nachricht aus der Geschäftsführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dass Ende Februar 2019 am Sozialgericht Karlsruhe ein für Deutschland grundlegendes Urteil zur Finanzierung palliativer Komplexbehandlung unter Einbezug seelsorglicher Begleitung getroffen worden sei. Das Urteil ist für die Frage nach der Dokumentierbarkeit spirituell-seelsorglicher Begleitung aus deutscher Perspektive grundlegend, weil es Fragen der Dokumentation unter Berücksichtigung der seelsorglichen Vertraulichkeit explizit anspricht.

Aus diesem Urteil sei deshalb etwas ausführlicher zitiert, bevor einige prinzipielle seelsorgetheoretische Überlegungen folgen und im Anschluss Perspektiven für die weitere Forschung gegeben werden.

1 Seelsorge als Bestandteil der palliativmedizinischen Komplexbehandlung

Ausgangspunkt des Karlsruher Urteils¹ war die Klage eines Krankenhauses auf vollumfängliche Erstattung des Zusatzentgelts (60.01) für die Behandlung eines Patienten auf der Palliativstation im Rahmen der Fallpauschale (DRG R61A nach OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel – 8–982.1) «Palliative Komplexbehandlung». Die Beklagten, Kostenträger mit Unterstützung des MDK, waren der Ansicht, dass die angestellten Seelsorger des betreffenden Krankenhauses nicht berücksichtigungsfähig seien. Aus dem Gutachten des MDK wird zitiert: «Der Seelsorger gehöre nicht zur Gruppe der Therapeuten/Behandler. Somit seien die Leistungen eines Seelsorgers nicht bei der Therapiezeit zu berücksichtigen.» Konkret ging es um 90 Gesprächs-Minuten, die eine Seelsorgerin mit dem Versicherten verbracht und dokumentiert hatte, woraus – und hier zitiere ich erneut aus dem Urteil – «zusammen mit den im

¹ Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.02.2019, Az. S 9 KR 162/17.

Gesprächsprotokoll notierten Leistungen weiterer Therapeuten mehr als sechs Stunden Gespräche pro Woche erfolgt seien».

Das Sozialgericht beruft sich in seiner Entscheidung *expressis verbis* auf die WHO-Definition von Palliativmedizin und Grundsatzpapiere der DGP und «erachtet [...] die Seelsorge als eine eigenständige Tätigkeit spiritueller Art im Sinne der WHO, die einen selbstständigen Charakter im Vergleich zur Psychotherapie besitzt und dem umfassenden Behandlungskonzept der Palliativmedizin zuzuordnen ist.» Das Gericht hat sich sichtlich in die Seelsorgediskussion eingearbeitet, wenn ausgeführt wird:

«Im Unterschied zum herkömmlichen Verständnis der Krankenhausseelsorge – als von der Behandlung unabhängiges, ergänzendes Angebot – übernimmt die Seelsorge im Palliativkontext anteilige Verantwortung am Therapieplan. [...] Die Selbstverständlichkeit der Einbindung der Seelsorge zeigt sich in der Teilnahme an multiprofessionellen Fall- und multidisziplinären Teambesprechungen [...]. Dokumentation von Leistungen erfolgt dabei selbstverständlich unter Wahrung des Seelsorgegeheimnisses in der Patientendokumentation.»

Das Gericht schließt sich einer entsprechenden Stellungnahme der DGP an und entgegnet dem Hinweis auf die seelsorgliche Schweigepflicht wie folgt:

«Der Einwand der Beklagten, der Seelsorger unterliege einer Schweigepflicht, ist irrelevant, da gleichfalls Ärzte wie auch Pflegekräfte und Therapeuten ebenso der Schweigepflicht unterliegen. Der für eine palliativmedizinische Komplexbehandlung erforderliche Austausch zwischen den einzelnen Mitgliedern des Behandlungsteams kann gleichwohl unter Wahrung der Schweigepflicht erfolgen. Lediglich der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass der jeweilige Patient die Mitglieder des Behandlungsteams – was regelmäßig geschehen wird – von der Schweigepflicht befreien kann.»

Mit dem Urteil aus Karlsruhe ist für Deutschland eine Entscheidung getroffen, die sich in der Schweiz vielleicht nicht in gleicher Weise stellt. 2008 kamen bei einer interdisziplinären Expertinnen- und Experten-Konferenz in Bigorio (Tessin) Vertreterinnen und Vertreter aus Medizin, Pflege, therapeutischen Berufen, Seelsorge und Ehrenamt überein, «dass Spiritualität wesentlich mit zu einer ganzheitlichen Versorgung des Patienten gehört und dass also jeder

Pflegende in seiner Praxis auch diese Dimension zu berücksichtigen hat.»² In den Nationalen Leitlinien Palliative Care in der Schweiz heisst es:

«Die spirituelle Begleitung [...] [gilt] Menschen in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und Lebensvergewisserung sowie bei der Krisenbewältigung. [...] Dies setzt voraus, dass die existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Beteiligten erfasst werden. Interventionen und der Zugang zu adäquaten Angeboten im Bereich der spirituellen Begleitung sind in regelmässigen Abständen im interprofessionellen Team zu thematisieren und die Kontinuität der Begleitung ist zu gewährleisten.»³

Das Spitalversorgungsgesetz (Art. 53 SpVG) im Kanton Bern gewährleistet in den Listenspitälern für die Patientinnen und Patienten sowie für deren Angehörige Spitalseelsorge als Teil der Qualität des Gesundheitswesens. Im Gesundheitsgesetz des Kantons St. Gallen ist die Spitalseelsorge (in Ausführung von Art. 30) über die Spitalorganisationsverordnung in der kantonalen Gesetzgebung verankert (sGS 321.11 Art. 64). Im Kanton Waadt ist das Recht auf spirituelle Versorgung in der Verfassung verankert, wobei «die Kirchen die notwendigen Mittel zur Erfüllung der Aufgaben» erhalten, «die sie im Kanton im Dienste aller wahrnehmen.»⁴

Die Frage der Dokumentation seelsorglicher Begleitung im Zusammenhang von Spiritual Care stellt sich also zunächst aus der Perspektive der Zugehörigkeit von Seelsorge zum Versorgungsauftrag und Behandlungs- und Betreuungskonzept des Gesundheitswesens. Es sollte dabei nicht übersehen werden, dass im Hintergrund des Urteils ökonomische Fragestellungen stehen, also die Möglichkeit eines Krankenhauses, Kosten für Leistungen des Seelsorgepersonals geltend zu machen. Das Karlsruher Urteil sieht keinen Widerspruch zur seelsorglichen Schweigepflicht, die es dem vertraulichen Umgang mit Patientendaten und Informationen der therapeutischen Berufe gleichstellt. Dies wird im Folgenden grundsätzlicher zu klären sein.

² BIGORIO 2008: Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz, 1.

³ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (Hg.), Nationale Leitlinien Palliative Care, Bern 2011, 4.

⁴ Verfassung des Kantons Waadt, Artikel 169, Abschnitt 1 «Der Staat trägt der spirituellen Dimension des Menschen Rechnung» und Artikel 170, Abschnitt 2.

2 Dokumentieren aus seelsorgetheoretischer Perspektive

Das Thema der seelsorglichen Schweigepflicht lässt sich differenzieren in Aspekte der Amtsverschwiegenheit, des Zeugnisverweigerungsrechts und der speziellen kirchlichen Regelungen zum Beicht- und Seelsorgegeheimnis. Dazu ist im vorliegenden Band durch David Neuhold und Michael Coors⁵ bereits das Wesentliche gesagt.

Der ökonomische Hintergrund und die Fokussierung auf das Thema Vertraulichkeit könnten in Vergessenheit geraten lassen, dass Dokumentation nicht nur Einträge in die Patientenakte oder die entsprechenden Dateien im Stations-Computer bedeutet, sondern auch Aufzeichnungen für den Eigengebrauch wie für die intraprofessionelle Kommunikation unter Seelsorgenden, im Team, für Balintgruppen oder – als Verbatim – für KSA-Kurse betrifft. Und selbst bei der krankenhausinternen oder stationsinternen Dokumentation sind unterschiedliche Systeme mit unterschiedlichen Funktionen zu differenzieren. Ganz grob lässt sich unterscheiden zwischen der externen Dokumentation von Seelsorge als Teil der gesamten Betreuung und Behandlung, etwa zum Nachweis erbrachter Leistungen gegenüber dem Kostenträger einerseits und teaminternen Dokumentationen zum Zweck der interprofessionellen Informationsweitergabe andererseits. Während gegenüber den Kostenträgern in der externen Dokumentation zum Leistungsnachweis bevorzugt quantitative Inhalte eingetragen werden, also Anzahl und Dauer von Seelsorgekontakten sowie Teilnahme an Fallbesprechungen und Teamsitzungen, macht – für die interprofessionelle Kommunikation – die interne Dokumentation qualitative, also gehaltvolle, Angaben notwendig. Seelsorgende müssen dann abwägen, welche Informationen für den Austausch notwendig sind.

Selbstverständlich gibt es auch Mischformen, wie folgender Bericht eines Seelsorgepraktikanten aus einem 600-Betten-Krankenhaus im Ruhrgebiet zeigt:

«Im Krankenhaus hat sich ein System etabliert, das vorsieht, dass Pflegekräfte oder Ärzte in der Patientenakte einen Vermerk, bestehend aus den Zahlen eins bis sieben, einfügen können. Wenn dies geschieht, bekommt der zuständige Seelsorger oder die zuständige Seelsorgerin, eine Nachricht. Aufgrund der Kennziffer kann sofort gesehen werden, aus welchem Grund Seelsorge «verordnet» wurde:

⁵ Vgl. auch Michael Coors/Dorothee Haart/Dietgard Demetriades, Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis im Kontext der Palliativversorgung. Ein Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), in: Wege zum Menschen 66/1 (2014) 91–98.

Begleitung eines religiösen Patienten, Begleitung eines «schwierigen» Patienten, einem Patienten bei der Verarbeitung seiner Diagnose helfen, Begleitung eines niedergeschlagenen Patienten, dem Besuchswunsch eines Angehörigen nachkommen, Sterbegleitung oder Verlustbewältigung.»⁶

Eine solche Mischform enthält zwar Informationen zur Befindlichkeit und zum spirituellen Bedarf, tut aber nichts aus dem Gespräch selbst kund. Für die Forschung stellt sich die Frage, wie geeignet diese Dokumentationssysteme tatsächlich sind und inwiefern sie sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit bewähren.

Die Frage nach der Dokumentation seelsorglicher Kontakte mit Patientinnen und Patienten und deren An- und Zugehörigen betrifft aber nicht nur Aspekte des Umgangs mit Vertraulichkeit, sondern wirft ganz grundlegend Fragen nach Stellung, Rolle und Selbstverständnis von Seelsorge im Spital auf. Dem möchte ich etwas ausführlicher nachgehen.

2.1 Seelsorge als Hybrid

«In der Praxis sind beim Thema Dokumentation und Verschwiegenheit viele Kolleg*innen selbst weiter, als es Theorie und Richtlinien zu erlauben scheinen»,⁷ schreibt Thomas Beelitz in der Neuauflage des Handbuchs der Krankenhausseelsorge. Er identifiziert zugleich auch eine der zentralen Herausforderungen:

«Das moderne Krankenhaus der Gegenwart ist fast gänzlich ein Ort geworden, an dem totalitär gilt: was nicht (elektronisch) dokumentiert ist, hat nicht stattgefunden und ist (vielleicht) nicht wirklich wahrgenommen worden.»⁸

Es geht beim Dokumentieren also ganz wesentlich um Wahrnehmung und Kommunikation über Wahrgenommenes. Interpersonale und interprofessionelle Kommunikation bedeutet aber zugleich, dass das Kommunizierte gedeutet wird und gedeutet werden muss. Um es kurz zu machen: Was Seelsorge dokumentiert oder der Dokumentation anderer Berufsgruppen entnimmt,

⁶ Abgedruckt in: Traugott Roser, Könnte es von Bedeutung sein, in der Seelsorge von Gott zu reden? Gedanken zur Gottesrede in der Seelsorge, in: Wege zum Menschen 70 (2018) 132–147, 142.

⁷ Thomas Beelitz, Trostspuren – Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge im Krankenhaus, in: Traugott Roser (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 2019, 487–498, 487.

⁸ A. a. O., 489.

liest sich aus Seelsorgeperspektive anders als aus einer pflegerischen, psychologischen oder ärztlichen Perspektive.

Ich will, um dies genauer zu verstehen, auf die 2017 erschienene systemtheoretische Arbeit von Günther Emlein eingehen, der Seelsorge als Hybrid beschreibt. Emlein beschreibt, wie moderne Seelsorge sowohl dem therapeutischen System als auch dem Religionssystem angehört. In der seelsorglichen Tätigkeit finden sich entsprechend auch Handlungsweisen, die man als therapeutisch beschreiben könnte. Im Unterschied zu Psychotherapie, Sozialarbeit und Beratung behandelt Seelsorge aber auch die «andere, unerreichbare Seite der Form der Seele. Sie behandelt Seele als Chiffre»,⁹ als unverfügbar und bezieht sich dabei auf das Religionssystem. Seelsorge überschreitet im Verhalten und Handeln permanent Systemgrenzen und arbeitet sowohl nach Religionscode als auch nach Therapiecode, ist «weder das eine noch das andere allein [...] Der Hybrid oszilliert zwischen den Operationslogiken zweier Kontexturen.»¹⁰

«Der Hybrid löst das Problem, dass es in der funktional differenzierten Gesellschaft bei bestimmten Ereignissen zu Verschränkung (statt nur zum Nebeneinander) von mehreren Kontexturen kommt.»¹¹

In der Logik der Systemtheorie ist die zentrale Unterscheidung des für Seelsorge geltenden Religionssystems «markiert/unmarkierbar». Dies beschreibt die Grundfrage der Dokumentation eigentlich ganz genau: Was lässt sich markieren, was bleibt unmarkierbar?

Das Hybride verweist laut Emlein auf die kommunikativen Operationen von Seelsorge, die professionseigenen Handlungs- und Verhaltensweisen, «die «schiere Operativität des Umschaltens».¹² Der Beitrag von Seelsorge zur Kommunikation im Spitalbetrieb besteht darin, sowohl die therapeutischen, beratenden, sozialarbeiterischen Codes zu kennen und zu verwenden, aber beständig an einer «Neucodierung, eben einem «Umschalten» zu arbeiten. Die Teilnahme an Dokumentationssystemen ist also nicht lediglich Zeugnis einer Anpassung an das Gesundheitssystem und seine Logiken, sondern ein aktiver Beitrag zu Transformationsprozessen, zu veränderten Wahrnehmungen, Deutungen und Begrifflichkeiten.

⁹ Günther Emlein, *Das Sinnsystem Seelsorge. Eine Studie zur Frage: Wer tut was, wenn man sagt, dass man sich um die Seele sorgt?* Göttingen 2017, 85.

¹⁰ A. a. O., 87.

¹¹ Ebd.

¹² A. a. O., 86.

So verstehe ich auch Simon Peng-Kellers Zugang zum Begriff von Heilung, dem im Gesundheitswesen eine vermeintlich eindeutige Bedeutung zukommt. Peng-Keller beschreibt im Kontext von Spiritualität eine «innerhalb der christlichen Theologie intensiv genutzte Doppelsinnigkeit»,¹³ die sowohl anthropologisch als Dimension menschlichen Lebens als auch pneumatologisch als transzendente Kraft verstanden werden kann. Spiritual Care und Heilung kann dann sowohl den Beitrag der Seelsorge zu Heilungsprozessen bedeuten als auch «spirituelle Heilung» selbst. Interprofessionelle Dokumentation bedeutet, dass die Doppelsinnigkeit als Möglichkeitsraum kommuniziert wird. Werden Einträge in der Dokumentation zum Anlass eines Austausches, führt Dokumentation zu einer gesteigerten Kommunikation.

Seelsorge erlaubt damit Distanznahme zu aktuellen Geschehen, vergleichbar mit Supervision und ethischer Fallberatung. Das Dokumentieren steht deshalb einer prophetischen Funktion von Krankenhausseelsorge nicht entgegen. Sie ermöglicht es, so beschreiben es die Soziologinnen und Soziologen Armin Nassehi, Irmhild Saake und Katharina Mayr für die Seelsorge mit Sterbenden, dass auch Sterbende in die Lage kommen, nicht über ihr Sterben kommunizieren zu müssen, unbestimmt, unmarkierbar zu bleiben.

Die Wahrnehmungen, Deutungen und Begrifflichkeiten der Seelsorge müssen im Team synthetisiert werden, damit das Team als Team funktionsfähig ist, ohne ihre Mehrdeutigkeit zu verlieren. Seelsorge als Hybrid kann und muss im Gesundheitswesen dokumentieren, denn nur so kommt der Geltungsanspruch des Religionssystems überhaupt zum Ausdruck.

Für das Dokumentieren stellt sich damit erneut die Frage nach dem, was wie und wo dokumentiert werden kann. Wie beispielsweise lässt sich das für Seelsorge wichtige aktive Schweigen beschreiben? Wie die rituellen oder liturgischen Handlungen?

Für künftige Dokumentationssysteme, die sich für Seelsorge eignen, muss damit umgegangen werden, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger Spezialistinnen und Spezialisten sind für das bestimmte Unbestimmte (vgl. dazu z. B. U. Dalferth). Oder radikaler, wie ein Seelsorger der Nordkirche schreibt: «An den Abgründen des Lebens sind die Bereitschaft zum Nichtwissen und zum Schweigen, das Wagnis eines Dennoch-Glaubens und das Aushalten von Widersprüchen hilfreiche religiöse Haltungen.»¹⁴

¹³ Simon Peng-Keller, Gesundheit und Heilung – anthropologische Leitkonzepte und der christliche Heilungsauftrag, in: Roser (Hg.), Handbuch, 54–65, 63.

¹⁴ Michael Brems, «Wo ist nun dein Gott?» Krankenhausseelsorge als Ort religiöser Erfahrungen, in: Roser (Hg.), Handbuch, 65–77.

2.2 Intraprofessionelles Dokumentieren

Diese Formulierungen deuten bereits darauf hin, dass interprofessionelle und intraprofessionelle Dokumentationssysteme zu unterscheiden sind. Beide sind Gegenstand künftiger Forschungsmodelle. Nicht alles, was dokumentierbar und dokumentierungswert ist, eignet sich für den Eintrag in die Patientenakte.

Das Thema der *intraprofessionellen* Dokumentation bedarf einer eigenen Betrachtung und sollte – gerade im Blick auf Forschungsfragen – nicht weniger beachtet werden. Ich nehme dazu Bezug auf einen Ansatz, der aus der französischen Pastoraltheologie kommt und den Hadwig Ana Müller in ihrem Beitrag zum Handbuch der Krankenhausseelsorge vorschlägt.

Hadwig Müller geht davon aus, dass es in den Seelsorgebegegnungen für Seelsorgende zu überraschenden Erfahrungen kommt, die einer Reflexion bedürfen, die erst innerhalb der Gemeinschaft der Seelsorgenden als einer an das Evangelium gebundenen Deutungsgemeinschaft möglich ist.

«Der Austausch mit Kolleg*innen ist hilfreich, besonders wenn die erlebte Ratlosigkeit das Zentrum bisheriger Sicherheiten betrifft. In der Krankenhausseelsorge in Teams zu arbeiten, wird von den französischen Bischöfen in ihren Empfehlungen von 1982 geradezu zur Bedingung gemacht.»¹⁵

Anders als vielerorts üblich, empfiehlt Müller, dass der Austausch untereinander schriftliches Erzählen nötig macht. Dies ist für Seelsorgende an und für sich nichts Neues, sind doch Verbatims Formen einer Verschriftlichung von Erfahrungen und dramatisch aufbereitete Erzählungen. Sie können durch Fallberichte ergänzt werden, die aktuell in der europäischen Seelsorgetheorie und -praxis neue Aufmerksamkeit erfahren.¹⁶

Der zentrale Punkt von Müller ist aber, dass die schriftlich dokumentierte Erfahrung ergänzt wird um die Hinzunahme biblischer Texte, Texte der Evangelien, um auf ihrem Hintergrund die Erfahrungen noch einmal gemeinsam im Team zu lesen. Auf diese Art und Weise kommt es zu Entdeckungen, dem Wirken Gottes in einer Begegnung nachzugehen – also dem Unbestimmten, dem Geheimnis, dem Unmarkierbaren nachzusinnen.

¹⁵ Hadwig A. Müller, Anfangendürfen – Seelsorge und Pastoraltheologie, in: Roser (Hg.), Handbuch, 44–53, 50.

¹⁶ Vgl. den Abschnitt «Fallbericht oder Verbatim als Lern- und Forschungsmethoden», in: Traugott Roser, Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen, Stuttgart 2017, 63–79.

«Wenn wir versuchen, den geheimnisvollen Sinn dieser Gegenwart, die uns anvertraut ist, etwas besser zu verstehen [...], werden wir vielleicht zu der Erkenntnis geführt, dass der Herr, der uns sendet, im Zwischen-zweien der Begegnung wirklich gegenwärtig ist.»¹⁷

Müller geht es um ein zweites Lesen des Dokumentierten im Lichte des Evangeliums, einer dezidiert theologischen *Relecture* von Dokumentation. Es wäre im Blick auf Spiritual Care im interreligiösen Gespräch spannend – über den Vorschlag Müllers hinaus – den Reichtum anderer «heiliger Texte» und Überlieferungskomplexe daraufhin zu entdecken. Für Spiritual Care ist Dokumentation eben nicht nur eine Frage des multiprofessionellen Miteinander, sondern auch eine Frage an theologische Seelsorge. Oder, um Pascal Möslis Beitrag¹⁸ aufzugreifen: Das leitende Paradigma von Dokumentation ist auch abhängig vom Diskurs, für den dokumentiert wird. Als Hybrid kommt Seelsorge nicht umhin, die Diskurse kritisch aufeinander zu beziehen und dadurch zu transformieren. Ein Beispiel dafür ist die Frage nach *outcomes*, nach Wirkungen von Seelsorge, nach messbaren oder nicht messbaren Wirkungen, oder auch nach der «hidden agenda».¹⁹

3 Perspektiven für Forschung und Weiterbildung

Aus dem Beschriebenen ergeben sich für mich Perspektiven für die künftige Forschung. Zentral ist dabei, dass der hybride Charakter Bestandteil auch der Spiritual Care Forschung selbst ist. Ich beschränke mich dabei auf Spiritual Care Forschung im Bereich der Praktischen Theologie.²⁰ Sie ist in mindestens zwei, wenn nicht drei Wissenschaftskulturen verankert: der geisteswissenschaftlich orientierten und in verschiedene Disziplinen differenzierten Theologie, beginnend mit den exegetischen Fächern über Kirchen- und Theologiegeschichte und Systematische Theologie bis in die Religionswissenschaften. Der Beitrag von Michael Coors in diesem Band ist ein hervorragendes Beispiel dafür, was eine historisch fragende Seelsorgetheologie zum Thema

¹⁷ Müller, *Anfangendürfen*, 51.

¹⁸ Pascal Möslis, in diesem Band, 97–124.

¹⁹ Settimio Monteverde, in diesem Band, 221–233.

²⁰ Vgl. Simon Peng-Keller, «Spiritual Care» im Horizont Praktischer Theologie. Interdisziplinäre Forschung zu interprofessioneller Praxis, in: Michael Meyer-Blanck (Hg.), *Christentum und Europa. XVI. Europäischer Kongress für Theologie Wien 2017*, (Veröffentlichungen der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Theologie, Bd. 52), Leipzig 2019, 664–679.

Beichtgeheimnis beitragen kann. Das Konzept der *Relecture* Hadwig Müllers bedarf der intensiven Auseinandersetzung mit den biblischen Fächern, denn die Hinzunahme biblischer Texte kann nicht uninformatiert erfolgen.

Seelsorgetheorie kommt aber nicht aus ohne die Humanwissenschaften. Die Erstellung von Fragebögen oder die Auswertung von Einträgen in Dokumentationssystemen bedarf der Kenntnis von Fachsprachen und Konzepten der anderen beteiligten Disziplinen. Schliesslich bedarf theologische Forschung zu Dokumentationssystemen der engen Kontaktnahme zu sozialwissenschaftlichen Methoden, sowohl im Blick auf quantitative Verfahren als auch auf qualitative Verfahren und andere etablierte Forschungsmethoden. Settimio Monteverdes Beitrag betont die notwendige Validität und Reliabilität – dieser Anspruch gilt in gesteigerter Weise für Forschung zu Dokumentation.

Das sei an zwei konkreten Projekten deutlich gemacht, einem Projekt zum Bereich der interprofessionellen Dokumentation und einem Projekt zur intraprofessionellen Dokumentation.

Das erste ist gleichsam eine Vorstufe zu einem Forschungsprojekt zu seelsorgespezifischen Dokumentationsverfahren. Die Leitfrage ist ja: Wie, anhand welcher Kriterien sollen die Gesundheitsberufe spirituelle Bedarfe so dokumentieren, dass Seelsorge initiativ werden kann? In einer interkantonalen Arbeitsgruppe, initiiert von Renata Aebi und Pascal Mösli, haben wir uns deshalb in einem mehrstufigen Konsultationsprozess an die Ausarbeitung eines Indikationssets für den Beizug von Seelsorge gemacht. Der Prozess folgte dem in Palliative Care bereits erprobten Delphi-Protokoll zur Konsensfindung, wo es keine evidenzbasierten Verfahren gibt.²¹ In diesem Prozess bemühte sich zunächst eine exklusiv aus Seelsorgenden zusammengesetzte Runde um eine pastoralpsychologisch und -theologisch informierte Beschreibung seelsorglicher Angebote für spirituelle Bedürfnisse. Literaturrecherche in den Gesundheitswissenschaften war ebenso wichtig wie Expertenaustausch untereinander. Ergebnisse der Konsultation wurden von über zwei Dutzend Expertinnen und Experten nichtseelsorglicher Berufsgruppen in einem anonymisierten Verfahren zur Evaluation vorgelegt, mit einigen auch direkt diskutiert, um anschliessend noch einmal überarbeitet zu werden. Für die Publikation wurden die Ergebnisse einer pflegewissenschaftlichen Fach-

²¹ Vgl. etwa Saskia Jünger/Sheila A. Payne/Jenny Brine/Lukas Radbruch/Sarah G. Brearley, Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review, in: *Palliative Medicine* 31/8 (2017) 684–706.

zeitschrift zur Begutachtung vorgelegt, so dass die Erstveröffentlichung bewusst in einem nichttheologischen Journal erscheint. Für die eigene Berufsgruppe werden die Ergebnisse anders aufbereitet und publiziert. Im Ranking der wissenschaftlichen Wertigkeit von Studien kommt einem solchen Delphi-Verfahren zwar ein eher niedriger Rang zu, aber es ist im Blick auf Methodenfragen und empirische Absicherung von Konzepten ein Anfang, dem weitere Nachfolgeprojekte folgen werden. Unter anderem ein Projekt, das der Umsetzung der Indikations-Kategorien in valide und operationalisierbare Kenngrößen für Dokumentationen gilt.

Intraprofessionales Dokumentieren drängt sich für interdisziplinäre Forschungsarbeit geradezu auf, geht es hier doch um Kommunikationsprozesse zwischen unterschiedlichen Professionen und Personen. Die Arbeit mit Fallberichten in der Seelsorge entstammt dem medizinischen Umfeld und gehört zum Standard im Kontext klinischer Ethik oder ethischen Arbeitens in Pflegeeinrichtungen.²² Im Rahmen des *European Research Institutes for Chaplaincy in Healthcare* (ERICH) wird aktuell ein internationales *Case Study Project* durchgeführt, das spannende Teilprojekte auf den Weg bringt. *Case Studies* sind formalisierte Fallberichte als schriftliche Dokumentationen konkreter Seelsorgeerfahrungen. Während dank der Initiative von Steve Nolan und George Fitchett mittlerweile mehrere Sammlungen von Fallberichten vorliegen,²³ bedarf es nun, so meine ich, einer Methodik ihrer Auswertung. Ein Projekt, das sich der Initiative von Seelsorgenden in der Evangelischen Kirche im Rheinland (EKiR) und der Evangelischen Kirche von Westfalen (EKvW) verdankt, wertet mittels *Grounded Theory* aktuell 40 Fallberichte von Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern aus. Die Leitfrage ist, ob sich seelsorge-spezifische Wirkungen identifizieren lassen, die sich nicht der Wirkungsforschung von Medizin und Psychologie verdanken. In einem Folgeprojekt sollen die identifizierten Wirkungen zur Grundlage von Leitfaden-Interviews mit Patientinnen und Patienten gemacht werden. Erst dann kann sich zeigen, ob das, was Seelsorgende für wirksam halten, auch von den Patientinnen und Patienten als wirksam empfunden wird. Sollte dies der Fall sein, lassen sich Wirksamkeits-Kategorien bilden, die wiederum Grundlage von theologisch und sozialwissenschaftlich validen Dokumentationssystemen sind.

²² Vgl. neben dem oben genannten Hinweis auch: Margit Gratz/Meike Schwermann/Traugott Roser, *Palliative Fallbesprechung etablieren: Ein Leitfaden für multiprofessionelle Teams*, Stuttgart 2018.

²³ Vgl. dazu zuletzt: George Fitchett/Seve Nolan (Hg.), *Case Studies in Spiritual Care. Healthcare Chaplaincy Assessments, Interventions & Outcomes*, London 2018.

Die Dokumentation von Seelsorge ist also Material für Seelsorgeforschung. Sie ist kontextbegründet ein Hybrid. Wie die Seelsorge selbst. Sie muss erkennbar zum Religionssystem gehören, zugleich aber im therapeutischen Kontext anschlussfähig sein und zwar so, dass auch Richterinnen und Richter eines staatlichen Sozialgerichts verstehen, warum es Krankenhaus-seelsorge braucht.

Zusammenfassung: Ausgehend von aktuellen juristischen Rahmenbedingungen und gerichtlichen Entscheidungen in der Schweiz und in Deutschland wird Seelsorge auch über Palliative Care hinaus als wesentlicher Bestandteil gesundheitlicher Versorgung in Spitälern bestimmt. Dem entspricht die Notwendigkeit der Dokumentation seelsorglicher Tätigkeit, die aber nicht allein nach medizinischen und ökonomischen Massstäben erfolgen kann, sondern auch theologischen Ansprüchen genügen muss. Auf dem Weg zu einer seelsorgeadäquaten Dokumentation hilft das Verständnis von Seelsorge als Hybrid (G. Emlein) zwischen therapeutischer und religiöser Kommunikation. Für Aus- und Weiterbildung sowie Forschung zu Seelsorge bedarf es der Entwicklung eigener Dokumentationsformen für intraprofessionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Abstract: Based on the current legal framework and court decisions in Switzerland and Germany, pastoral and spiritual care is determined to be an essential part of health care in hospitals, even beyond palliative care. This corresponds to the necessity of the documentation of pastoral and spiritual care, which, however, cannot be based solely on medical and economic standards, but must also meet theological requirements. The understanding of pastoral and spiritual care as a hybrid (G. Emlein) between therapeutic and religious communication helps on the way to an adequate documentation. For training and further education as well as research on pastoral and spiritual care it is necessary to develop specific forms of documentation for intra-professional and inter-professional cooperation.

Dokumentation und Professionalität in der Spitalseelsorge

Claudia Graf

«To document or not to document»: Das ist frei nach Shakespeare das Thema des aktuellen Sammelbandes. Der vorliegende Beitrag¹ geht von der These aus, dass es bei der Frage der Dokumentation im engeren Sinne des Zitats aus Hamlet um Sein oder Nichtsein der Spitalseelsorge² geht, genauer um deren Status als Profession in Gegenwart und Zukunft. Anhand der Frage, ob Spitalseelsorgende dokumentieren oder nicht, lassen sich wesentliche Merkmale ihrer Professionalität aufzeigen. Dabei wird deutlich, dass es in Bezug auf die Ausgangsthese nicht um ein Entweder/Oder geht, sondern um eine kritische Spannung zwischen den beiden Polen, die der Weiterentwicklung des Berufs und der Spitalseelsorge als solcher dient – und damit denjenigen, um die sich Spitalseelsorgerinnen³ kümmern: den Patientinnen, ihren Angehörigen und den Mitarbeiterinnen in den Institutionen des Gesundheitswesens.

Ich beschreibe im vorliegenden Aufsatz exemplarisch drei fiktive Konstellationen, die sich so oder ähnlich hätten ereignen können, und erläutere jeweils im Anschluss daran grundsätzliche Aspekte des Verhältnisses von Dokumentation und Professionalität.

1 Frau A.

«Trägst Du das noch ein?», fragt mich die zuständige Pflegefachfrau, nachdem ich ihr von meinem Gespräch mit Frau A. und ihrem Partner berichtet und sie informiert habe, wie ich mit der Patientin verblieben bin. Die Pflegefachfrau bezieht sich mit ihrer Frage auf das elektronische Klinikinformationssystem und ist etwas konsterniert, als ich antworte, dass ich darauf gar

¹ Ich bedanke mich bei Gina Atzeni, der Münchner Soziologin, die äusserst grosszügig ihr Wissen und Können mit mir teilt, und bei Gerhard Gerster, dem kritischen Gegenleser und solidarischen Kollegen.

² Mit dem Begriff «Spitalseelsorge» bezeichne ich nach schweizerischem Sprachgebrauch die professionelle Seelsorge in Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere im somatischen Akutbereich.

³ Männer sind grundsätzlich bei den weiblichen Sprachformen mitgemeint.

keinen Zugriff habe. Offensichtlich betrachtet sie meinen Bericht und die Vereinbarung mit der Patientin für behandlungsrelevant und wäre froh gewesen, wenn ich die Übergabe nicht nur mündlich ihr gegenüber gemacht hätte; so liegt es nun an ihr, die wesentlichen Informationen schriftlich festzuhalten und für die Kolleginnen der nächsten Schichten und der anderen Berufsgruppen zugänglich zu machen. Ich bin sowohl von einer Pflegefachfrau als auch von einer Ärztin angerufen und um ein Gespräch mit dem Paar gebeten worden. Frau A. hat am Tag zuvor nach einer unauffälligen Schwangerschaft Zwillinge geboren. Dem einen Kind geht es gut, aber das andere hat in der Nacht plötzlich aufgehört zu atmen und ist gestorben, ohne dass es warnende Anzeichen gegeben hätte oder man ihm noch hätte helfen können. Mutter und Vater zerreisst es fast zwischen Freude und Trauer. Die Betroffenheit unter den Mitarbeitenden ist gross.

2 Professionalität im Spital

In der obigen Schilderung richtet sich die Pflegefachfrau an die Seelsorgerin primär in deren Eigenheit als Mitarbeiterin des Spitals, wobei dieser Begriff hier zunächst unabhängig von den Anstellungsbedingungen verwendet wird. Für die Berufsgruppen mit Patientinnenkontakt gehört die Dokumentation im Gesundheitswesen zum Standard. Sie ist ein zentrales Arbeitsinstrument, das insbesondere der intra- und interprofessionellen Kommunikation dient. Deshalb geht die Pflegefachfrau selbstverständlich davon aus, dass sich auch die Spitalseelsorge daran beteiligt. Dass dem im konkreten Fall nicht und grundsätzlich nicht generell so ist, spiegelt die vierfache Sonderrolle, welche die Spitalseelsorge unter den Professionen im Spital einnimmt.

Während die Seelsorgerinnen wie alle anderen Mitarbeiterinnen des Spitals erkennbar sind am Namensschild der Institution, Zugang haben zu den internen Bereichen und ans Berufsgeheimnis gebunden sind, ist die professionelle Verantwortung, die sie tragen, weniger klar.

- Erstens ist die institutionelle Einbindung in der Schweiz unterschiedlich geregelt. In gewissen Kantonen, z. B. in Zürich, sind die Seelsorgerinnen von der reformierten resp. der katholischen Landeskirche angestellt und im Spital als externe Mitarbeiterinnen zwar in der Regel im Organigramm aufgeführt, aber nicht in die Hierarchie eingebunden. In anderen Kantonen, z. B. in Bern, sind sie direkt von den Spitälern angestellt, allerdings in Absprache mit den entsendenden Landeskirchen. Als weiteres Modell gibt

- es z. B. in Solothurn gemeinsame Trägerschaften von Spitälern und Landeskirchen.
- Zweitens wird die Seelsorge interprofessionell ambivalent wahrgenommen, eng verbunden mit dem persönlichen Standpunkt und dem jeweiligen Erfahrungshintergrund. So können die Seelsorgerinnen als kompetente Fachpersonen erlebt werden, die in konkreten Situationen einen Beitrag zur Entlastung und Klärung leisten, oder als sonderbare Käuze, die hin und wieder auf den Abteilungen auftauchen und in den Krankenzimmern verschwinden.
 - Drittens ist die Erwartungshaltung von Patientinnen der Seelsorge gegenüber ähnlich unterschiedlich und diffus wie die Wahrnehmung durch andere Berufsgruppen. Während sie von den einen selbstverständlich erwartet und begrüsst wird, lehnen andere sie als kirchlichen Missionsversuch ab, und gilt es meistens in der konkreten Begegnung gemeinsam herauszufinden, ob ein Gespräch, eine Begleitung, eine Zeichenhandlung angezeigt, erwünscht und hilfreich ist.
 - Viertens haben die Seelsorgerinnen als Berufsgruppe selber wiederum eine grosse Bandbreite von Anschauungen und Selbstverständnissen.

3 Professionalität der Spitalseelsorge

Die Spitalseelsorge hat sich von der christlichen Nächstenliebe über das klassische Gemeindepfarramt im Verlauf des 20. Jahrhunderts zum spezialisierten Beruf entwickelt.⁴ Professionssoziologisch gesehen bewegt sie sich auf fremdem Terrain. Im Unterschied zur Gemeindepfarrerin, die ihre hospitalisierten Gemeindeglieder besucht und dann wieder in ihre Gemeinde zurückkehrt, ist die Spitalseelsorgerin Teil des komplexen Systems Spital. Als Angehörige der geistlichen Profession befindet sie sich im professionellen Handlungsfeld der Ärztin⁵ und damit der medizinischen Gesundheitsberufe. Will sie darin ihrem Status als eigenständige Profession gerecht werden, kann sie kein Soloprogramm aufführen, sondern muss ihre Sonderrolle so spielen, dass sie interprofessionell kompatibel ist. Dabei ist die Dokumentation als inter- und intraprofessionelles Kommunikationsinstrument von entscheidender Bedeutung.

⁴ Die Vereinigung der deutschschweizerischen reformierten Spital-, Klinik- und Heimseelsorgerinnen und -seelsorger beispielsweise wurde am 10. November 1930 im Lavaterhaus Zürich gegründet. Seit diesem Datum findet jährlich eine Konferenz der Spitalpfarrerinnen statt; www.spitalseelsorge.ch/index.php?page=116; 07.11.2019.

⁵ Die Ärztin steht hier stellvertretend für die Professionen des Gesundheitswesens.

Dies umso mehr, als sich gesellschaftliche Veränderungen nicht nur aber besonders auch auf die geistliche Profession und damit die Spitalseelsorge auswirken. Es ist längst nicht mehr selbstverständlich, inwiefern die Seelsorge im Gesundheitswesen eine Rolle spielt. Geissler diagnostiziert einen strukturellen Wandel der professionellen Berufsfelder im Allgemeinen und hält fest, dass die exklusive Berechtigung der jeweiligen Problembearbeitungen schwindet. Klientinnen hätten zunehmend komplexe Problemlagen und forderten vermehrt Transparenz bei Interventionen sowie Mitgestaltung bei Problemlösungen. Die Arbeitsform des exklusiven Arbeitsbündnisses sei nur noch in Nischen anzutreffen. Am stabilsten scheine der professionelle Kern der Anwaltstätigkeit zu sein.

«Den gravierendsten Wandel – und Statusabstieg – haben wohl die Geistlichen mitgemacht. Das persönliche Heil wird in der postindustriellen Gesellschaft (jedenfalls in Europa) immer seltener bei der Religion gesucht. Die Seelsorge hat für ihr Angebot der Sinnstiftung, Lebenshilfe und Begleitung von biografischen Statuspassagen in den letzten Jahrzehnten eine vielfältige – in den Qualifikationen und Leistungen überwiegend diffuse – Konkurrenz durch Therapieangebote, «Events» und bestimmte Medienformate bekommen.»⁶

In Bezug auf den von Geissler festgestellten Wandel ist primär in englischsprachigen Ländern ein Paradigmenwechsel zu beobachten von der kirchlich geprägten und getragenen Seelsorge zu über- oder nicht-konfessioneller «Spiritual Care», die ganz oder weitgehend ins Gesundheitswesen integriert ist. Die Berufstätigen haben je nach Kontext gar kein kirchliches Mandat oder müssen als Qualifikation neben der akademisch-seelsorglichen Ausbildung lediglich eine Empfehlung ihrer Ursprungsdenomination vorlegen um nachzuweisen, dass sie in einer religiösen Tradition verwurzelt sind.⁷ Ob sich die Situation im deutschsprachigen Raum ähnlich entwickelt, ist fraglich. Sicher ist, dass auch hier die Spitalseelsorge in Gegenwart und Zukunft nicht primär als kirchlich/religiös/konfessioneller Dienst gefragt ist, sondern als Spezialistin

⁶ Birgit Geissler, Professionalisierung und Profession. Zum Wandel klientenbezogener Berufe im Übergang zur post-industriellen Gesellschaft, Bielefeld, in: die hochschule 1 (2013) 19–32, 25. Vgl. zur Rolle der Seelsorge auf dem Psychomarkt: Michael Klessmann, Seelsorge auf dem Psychomarkt. Wie positionieren wir uns?, in: ders., Pastoralpsychologische Perspektiven in der Seelsorge. Grenzgänge zwischen Theologie und Psychologie, Göttingen 2018, 43–58.

⁷ Vgl. zur Entwicklung im deutschsprachigen Raum: Michael Klessmann, Im Strom der Zeit. Von der evangelischen über die ökumenische zur interkulturellen Seelsorge und Spiritual Care, in: Wege zum Menschen 66 (2014) 5–18.

für spirituelle Fragestellungen und, im ökumenischen und interreligiösen Zusammenspiel, als Geistliche mit besonderen Befugnissen insbesondere im rituellen Bereich.⁸

In Interaktion mit den gesellschaftlichen Veränderungen gehört nach Atzeni die «permanente Notwendigkeit, sich zu bewähren» zu den Grundcharakteristika einer Profession.⁹ Professionalität geht mit anderen Worten «nicht von einem durchgeplanten Ablauf aus, sondern von speziellen Aufgabenlösungen, Deutungen, Interpretationen, Diagnosen, die in individueller Verantwortung zu treffen sind und Handlungen nach sich ziehen».¹⁰ Dazu gehören einerseits Kompetenzen im individuellen Handeln, die auf der Basis der wissenschaftlichen Ausbildung in der Praxis immer neu hinterfragt und fortlaufend angepasst und erweitert werden müssen.¹¹ Andererseits ist die Profession als Ganze, sind ihre Mitglieder als Kollektiv gefordert, sich an der Schnittstelle zwischen Akademie und Praxis weiterzuentwickeln, um ihrem Status gerecht zu werden respektive diesen zu erhalten. Hier ortet Arnd Bünker ein Defizit. Er fordert: «Die Spitalseelsorge muss auf Ebene Schweiz und mindestens ökumenisch entschiedene Schritte der Professionsentwicklung gehen.»¹²

⁸ Mündlicher Hinweis von Settimio Monteverde an einer Tagung zu eHealth und Seelsorge vom 26.6.19. www.news.uzh.ch/de/articles/2019/eHealth-und-Seelsorge.html; 29.08.2019.

⁹ Gina Atzeni, *Professionelles Erwartungsmanagement. Zur soziologischen Bedeutung der Sozialfigur Arzt*, Baden-Baden 2016, 284. Sie spricht von der grundsätzlich angreifbaren und unsicheren Lage jeder einzelnen Ärztin in jeder einzelnen echtzeitlichen Interaktionssituation, wobei es jenseits der Interaktionssituation gewisse Objektivationen wie Titel, Zertifikate, Diagnosecodierungen, bildgebende Verfahren usw. gibt.

¹⁰ Wiltrud Gieseke, *Professionalität und Professionalisierung in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung*, in: Rudolf Tippelt/Aiga von Hippel, *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 1051–1069, Springer Reference Sozialwissenschaften, [www.doi.org/10.1007/978-3-531-19979-5_52](https://doi.org/10.1007/978-3-531-19979-5_52); 15.07.2019, 1054, dort zitiert Wiltrud Gieseke, *Professionalität – Paradoxien und Widersprüche in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung*, in: Maria Gutknecht-Gmeiner, *Das Richtige richtig tun. Professionalität in der Erwachsenenbildung. Dokumentation der 47. Salzburger Gespräche für Leiterinnen und Leiter in der Erwachsenenbildung*, Wien 2005, 12–33, 12.

¹¹ Nach Gieseke, *Professionalität und Professionalisierung*, 1052: Professionalität steht für Kompetenzen im individuellen Handeln und für Prozesse, welche die Ausdifferenzierung wissenschaftlich fundierter Berufe betreffen.

¹² Unveröffentlichte Thesen zum Studentag «Zukunft der Spitalseelsorge», Bern 2018. Damit ist insbesondere die Aus- und Weiterbildung gefordert. Das Kompetenzzentrum für die Aus- und Weiterbildung in Seelsorge AWS an der Universität Bern baut zurzeit einen spezifischen Nachdiplomstudiengang für die Spital- und Klinikseelsorge

4 Qualitätsentwicklung

Unerlässlich für die Weiterentwicklung der Profession ist eine systematische Qualitätsentwicklung.¹³ Oberstes Ziel ist dabei die bestmögliche seelsorgliche und spirituelle Unterstützung für Patientinnen, Angehörige und auch Mitarbeiterinnen. Dokumentation ist sowohl eine Voraussetzung dafür als auch ein Resultat. Sie bedingt eine Offenheit für neue Zugänge und Lernprozesse sowohl individuell als auch im Team, und sie fordert heraus, Standards und Normen zu definieren, die nicht einfach von aussen gesetzt sind, sondern dem theologischen Selbstverständnis von Seelsorge entsprechen und für andere Berufsgruppen verständlich sind. Zudem liefert Dokumentation Anhaltspunkte und statistische wie qualitative Daten für Forschung und Reflexion, sie dient damit der Leistungsverbesserung und ist gleichzeitig Ausdruck und Übungsfeld dafür, dass die Spitalseelsorge gegenüber den anderen Berufsgruppen deutlich macht, worin ihr Beitrag zu den jeweiligen Situationen besteht. Das Seelsorgegespräch beginnt nicht erst mit der Begrüssung und ist nicht beendet, wenn die Spitalseelsorgerin sich von ihrem Gegenüber verabschiedet hat. Es bedingt eine systemische Einbindung und braucht einen dokumentierten Niederschlag.

Insbesondere Ansätze zur sogenannt ergebnisorientierten Seelsorge zeigen konkrete Schritte auf.¹⁴ Im US-amerikanischen Kontext findet dazu eine breite Diskussion statt, die profiliert in der Publikation «Time to move forward» zum Ausdruck kommt.¹⁵ Sie fordert: «Change is important, if chaplains are to become more than «tinkering tradespersons» fulfilling needs seen as peripheral to their organization's main missions.»¹⁶ Es gelte, über den Betrand (der unmittelbaren seelsorglichen Begegnung, erg. CG) hinauszuschauen und

SPKS auf. Siehe dazu www.theol.unibe.ch/weiterbildung/aws_und_weiterbildung_in_seelsorge_aws/aws_studiengaenge/spital_und_klinikseelsorge_spks_in_planung/index_ger.html; 29.08.2019.

¹³ Vgl. dazu wegweisend Claudia Kohli Reichenbach, Krankenhausseelsorge im Fokus der Qualitätssicherung: Zweckfrei und doch messbar, in: *Wege zum Menschen* 70/4 (2018) 299–313.

¹⁴ Vgl. dazu auch Kerstin Lammer, *Wie Seelsorge wirkt*, (Praktische Theologie heute, Bd. 165), Stuttgart 2020.

¹⁵ Eric J. Hall/George H. Handzo/Kevin Massey (Hg.), *Time to move forward* (2016) HealthCare Chaplaincy Network™ (HCCN), in: www.spiritualcareassociation.org/docs/resources/time_to_move_forward_report_2016-06-07.pdf; 10.05.2019.

¹⁶ A. a. O., 5. Vorgängig wird geklagt: «Though leaders in the field have said for decades that the existing professional chaplaincy model has become frozen in time and have called for major changes.»

sich für die Humanität der Patientinnen einzusetzen – unter den Bedingungen des Gesundheitswesens.

«Before us is the opportunity as never before to transform the field – to show that professional health care chaplains have the knowledge and competence to provide spiritual care that contributes to enhanced outcomes and value.»¹⁷

Dabei verweisen die Autoren auf mangelhafte respektive fehlende Standardisierungen und monieren:

«Chaplains are inclined to argue among themselves over best practices, once again dividing the occupational group and slowing efforts to professionalize. If members of the occupation cannot agree on how to define and measure their own work, then why should society grant them professional status?»¹⁸

Im europäischen Kontext hat diese Debatte noch wenig Resonanz bekommen. Dabei wirft sie wesentliche Fragen zur Professionalität auf, die unter Berücksichtigung der anders gearteten Rahmenbedingungen auch für den deutschsprachigen Raum und die Schweiz relevant sind. Denn auch hier gilt: «Die Menschen und ihre Bedürfnisse rücken ins Zentrum der seelsorglichen Aufmerksamkeit, die theologische und konfessionelle Bestimmtheit der Seelsorge tritt eher in den Hintergrund.»¹⁹

5 Herr B.

Herr B. ist nach Weihnachten mit diffuser Schmerzproblematik und akuter Atemnot hospitalisiert worden. Ich werde am zweiten Januar zu ihm gerufen. Die Feiertage waren für ihn schwierig. Er hat vor ein paar Monaten seine Frau verloren und erstickt fast an seiner Trauer. Viel reden mag er nicht. Aber er ist ganz froh, jemanden zu haben, der ihm zuhört, Zeit hat, ihn ernst nimmt

¹⁷ A. a. O., 2. Dabei fordern die Autoren, nicht mehr nur Masterabsolventinnen in Theologie für die Seelsorge zuzulassen, sondern den Zugang auf weitere Studienrichtungen hin zu öffnen.

¹⁸ A. a. O., 5, zitiert Raymond de Vries/Nancy Berlinger/Wendy Cadge, «Lost in Translation: The Chaplain's Role in Health Care», Hastings Center Report (November-December 2008). In den USA wurden bereits 2004 die «Common Standards for Professional Chaplaincy» publiziert (Time to move forward, 2). In der Schweiz wurden 2019 im Rahmen der Fachgesellschaft palliative.ch erstmals Leitlinien zur «Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care» herausgegeben. Vorgängig gab es verschiedene Formen von Leitbildern, u. a. das Positionspapier der Berufsvereinigungen für Spital-, Klinik- und Heimseelsorge von 2015.

¹⁹ Klessmann, Im Strom der Zeit, 10.

und auch aushält, wenn er nicht sprechen kann. Er klagt über das Gefühl von Leere, das ihn schier erdrückt, atmet schwer und schliesst immer wieder die Augen. Es ist nicht der Moment für ein vertiefendes Gespräch. Darum biete ich ihm an, ein Lied zu singen, das mir in den Sinn kommt. Auf das Lied selber reagiert er nicht. Er erzählt mir aber im Anschluss, dass er jahrelang im Feuerwehrchor gesungen und dort schöne Kameradschaft erlebt habe. Ich frage ihn nach einem Lieblingslied und er meint, das könnte er mir gar nicht sagen, ich sei doch eine fromme Pfarrerin. Lachend erwiderte ich, Gott sei auf die Welt gekommen und habe mitten unter uns gelebt: Es gebe nichts, das ihm fremd sei. Und alles, was dem Leben diene, sei in seinem Sinn. Daraufhin nimmt er ein paar Mal Anlauf und singt mir dann die ersten Takte eines Volksliedes. Im Zimmer geht für einen Moment die Sonne auf. Dokumentiert habe ich nichts dazu. Einerseits ist das schade und dadurch bedingt, dass ich ausserhalb der Komplexbehandlung Palliative Care keinen Zugang habe zum klinikinternen Dokumentationssystem; es wäre wichtig gewesen, in dieser schweren Situation etwas «Lichtvolles» festzuhalten und den anderen Berufsgruppen Einblick zu geben in Ressourcen des Patienten, der als «schwierig» und «non compliant» galt. Andererseits entgehe ich damit der Problematik, die Begegnung so zu dokumentieren, dass sie das Wesentliche und Behandlungsrelevante festhält, ohne dass ich dabei das Seelsorgegeheimnis verletze und unser Vertrauensverhältnis preisgebe.

6 Umgang mit Unsicherheit

Die Professionssoziologie definiert Professionen als Berufsgruppen, denen die Gesellschaft für einen ihrer Zentralwerte ein spezifisches Handlungs- und Erklärungswissen zugesteht.²⁰ Atzeni beschreibt die drei klassischen Professionen als Berufe, die mit den existentiellen Grundkonflikten des menschlichen Lebens befasst sind: nämlich mit dem Verhältnis des einzelnen Menschen zu

²⁰ Atzeni, Professionelles Erwartungsmanagement, 19. Mit anderen Worten: «Der Hauptgrund für die besondere Hervorhebung der klassischen Professionen liegt in der besonderen gesellschaftlichen und kulturellen Relevanz der Sachthematiken, die diese spezifischen Berufsgruppen repräsentieren.» Isolde Karle, Was heisst Professionalität im Pfarrberuf? Gekürzte Fassung eines Vortrags vor den Pfarrkonventen Heilbronn, Leonberg und Neuenstadt; erschienen im Deutschen Pfarrerberblatt, Ausgabe 1/1999; www.pfarrerverband.de; 17.07.2019, 1. Nach Karle bearbeiten die Professionen also «existentielle Probleme der Krankheit, der Schuld, der Angst, der Trauer oder des Seelenheils.» (a. a. O., 1).

seinem Körper («Arzt»), zum Mitmenschen («Jurist») und zum Schöpfergott («Priester»);²¹

Inwiefern letzteres allgemein und für die Spitalseelsorge im Besonderen auch in einer sich als säkular und pluralistisch verstehenden Gesellschaft respektive im modernen Gesundheitswesen gilt, müsste diskutiert werden. Gina Atzeni untersuchte für ihre Dissertation die Sozialfigur der Ärztin anhand von sogenannten Professionsnarrationen und bezeichnet die ärztliche Professionalität als Identitätsanker der modernen Medizin.²² Es wäre lohnenswert, die Forschung von Atzeni auf die Figur der Pfarrerin und insbesondere der Spitalseelsorgerin auszudehnen und herauszufinden, welche Erkenntnisse der Fokus auf das Erwartungsmanagement von «Priestern» respektive Geistlichen, Pfarrerrinnen und spezifisch Spitalseelsorgerinnen generiert.²³

Aufgrund meiner praktischen Erfahrung stellt der Umgang mit fundamentalen Unsicherheiten ein Kerngebiet der Spitalseelsorge dar.²⁴ Manchmal ist der Einbezug der Seelsorgerin eine Not-, manchmal scheint er eine Verlegenheitslösung. Gäbe es eine bestimmte Methode, wie Herrn B. geholfen werden könnte, wäre am Feiertag des zweiten Januars eine Psychiaterin verfügbar gewesen, hätte vermutlich niemand daran gedacht, die Seelsorge beizuziehen. Eindeutige Vorgaben, in welcher Situation die Spitalseelsorge beigezogen wird und wie sie sich darin verhält, werden nicht funktionieren.²⁵ Im Kern geht es jedoch vielfach darum, dass das Behandlungsteam an Grenzen kommt,

²¹ Atzeni, Professionelles Erwartungsmanagement, 286.

²² Atzeni, Professionelles Erwartungsmanagement, spricht vom professionellen Erwartungsmanagement und definiert dieses als sozialen Mechanismus, der Medizin und Gesellschaft immer wieder aufs Neue ins Verhältnis zueinander setzt (291). Die Sozialfigur des «Arztes» bezeichnet sie als Dreh- und Angelpunkt dieses Mechanismus (a. a. O., 18).

²³ Welche Narrative «priesterlicher» Professionalität gibt es und welche Erzählmotive lassen sich darin erkennen? Inwiefern hat sich die klassische Profession des «Priesters» ausdifferenziert – sowohl in Bezug auf unterschiedliche Handlungsfelder als auch bezüglich Konfession, Geschlecht und Gender? Ist sie dabei diffundiert, ist sie irrelevant geworden oder hat sie sich in der modernen Gesellschaft als Profession gar überholt? Geht der Trend hin zu einer Eingliederung in die medizinischen Professionen?

²⁴ Vgl. Niklas Luhmann, Funktion der Religion, (suhrkamp taschenbuch wissenschaft, Bd. 40), Frankfurt a. M. 1982, wonach Kontingenzbewältigung eine der zentralen Funktionen von Religion ist.

²⁵ Als gelungenen Versuch einer gewissen Standardisierung haben Fachpersonen der Seelsorge im Dialog mit Gesundheitsfachpersonen ein Indikationen-Set erarbeitet: Renata Aebi, Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge. www.kirchenpalliativebern.ch/spiritual-care-und-seelsorge; 29.08.2019. Die wissenschaftliche Erstveröffentlichung erfolgte in der Zeitschrift «Pflege», Juni-Nummer 2019, 60–64

sei es fachlich-thematischer Art oder mangels Zeit respektive ausserhalb der gängigen Arbeitszeiten.

Dabei bewegt sich die Spitalseelsorge in einem professionsspezifischen Spannungsfeld.²⁶ Es ist geprägt durch die doppelte Rolle als Mitarbeiterin des Spitals und Angestellte oder Abgesandte einer Kirche respektive Religionsgemeinschaft. Zentral ist der Zielkonflikt zwischen interprofessioneller Zusammenarbeit und professioneller Diskretion. Er zeigt sich in der Frage der Dokumentation besonders deutlich.

Einerseits muss die Seelsorge eingebunden sein in den Spitalbetrieb. Dort soll sie ihr Gesicht zeigen und ihre Stimme einbringen, nicht nur mündlich, sondern auch elektronisch in der gemeinsamen Dokumentation. Zusammenarbeit basiert auf Gegenseitigkeit. Es braucht eine symmetrische Kommunikation. Die Spitalseelsorge kann nicht nur Informationen abholen beim Behandlungsteam und erwarten, dass sie beigezogen wird. Sie muss bereit sein für einen Austausch und behandlungsrelevante Daten ins System zurückspeisen.

Andererseits ist ihr Grundkapital das Vertrauen. Sie muss dem Anvertrauten besonders Sorge tragen.²⁷ Das Seelsorge-Geheimnis schützt die Interaktion zwischen Seelsorgerin und Gesprächspartnerinnen auch vor dem interprofessionellen Diskurs. Es gehört zur Professionalität der Seelsorgerin zu entscheiden, welche Informationen sie in welcher Weise weitergibt und inwiefern sie die Zustimmung des Gegenübers dazu einholt. Dabei spielen sowohl die Erwartungshaltung der Gesprächspartnerinnen eine Rolle als auch die sorgfältige Reflexion und Kommunikation der Rolle der Spitalseelsorgerin im Gefüge des Spitals.

²⁶ Vgl. Vereinigungen für Spital-, Heim- und Klinikseelsorge der deutschsprachigen Schweiz (2015): Ökumenisches Positionspapier, www.spitalseelsorge.ch/media/archive1/praxishilfen/strukturen/positionspapier/Positionspapier_2015.pdf; 29.08.2019, 4. Das Positionspapier beschreibt das Spannungsfeld unterschiedlicher Anforderungen, die an die Berufstätigen gestellt werden, wie folgt: «Sie arbeiten eng mit den Vertretern und Vertreterinnen anderer Professionen zusammen und teilen das gemeinsame Berufsgeheimnis zum Wohle der Betroffenen. Zugleich sind sie an das besonders geschützte Seelsorgegeheimnis gebunden und hüten verschwiegen, was ihnen darunter anvertraut wird.»

²⁷ Vgl. dazu Rita Famos/Matthias Felder/Felix Frei/Matthias Hügli/Thomas Wild, Dem Anvertrauten Sorge tragen. Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge, Bern/Basel 2016; www.kirchenbund.ch/sites/default/files/publikationen/pdf/sek_inh_d_berufsgeheimnis_10_okt.pdf; 29.08.2019, 1.

Die Spannungen lassen sich nicht auflösen. Nicht wegen mangelnder Klarheit, fehlendem Willen oder ungenügenden Kompetenzen, sondern aufgrund der Position der Spitalseelsorge selber und der Situationen, in die sie involviert wird. Man kann es nicht «einfach richtig» machen; es ist immer «irgendwie falsch». Darum braucht es den professionellen Umgang mit der prinzipiellen Unsicherheit. Es gilt immer wieder, gangbare Wege im Unwegsamen zu finden. Das gehört zur Grundanforderung an die Professionalität von Spitalseelsorgerinnen und deren weiterer Entwicklung.²⁸

7 Frau C.

«Spirituelle Not: Mit der Krankheit und den damit verbundenen Einschränkungen scheint die bisher schon fragile Einbindung der Patientin ins Leben eingebrochen. Sie fühlt sich dem Geschehen (Untersuchungen, Behandlungen, Entscheidungsfindung, ...) hilflos ausgeliefert und erstarrt, sobald Anforderungen an sie gestellt werden.» So lautet ein Eintrag von mir im interprofessionellen Dokument «Palliativer Verlauf» bei Frau C. Sie ist ca. 40 Jahre alt und leidet an einem frisch diagnostizierten Tumor, der bereits gestreut hat. Wegen akuter Beschwerden hatte man sie notfallmässig operieren müssen. Postoperativ sind gravierende Komplikationen aufgetreten, so dass Frau C. auf die Palliativabteilung verlegt wurde. Es zeigt sich, dass die Erkrankung schon sehr weit fortgeschritten ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die Patientin wegen einer Vorerkrankung stark eingeschränkt ist in ihren Kommunikationsmöglichkeiten, was sie auch sozial isoliert hat. Zu einer Tante hat sie zwar Kontakt, diese hat aber kurz vor der Operation einen Hirnschlag erlitten und kann sie jetzt nicht unterstützen. Oft verweigert die Patientin jeglichen Kontakt und dreht sich demonstrativ zur Wand, wenn jemand ins Zimmer kommt. In den seelsorglichen Begegnungen gelingt es manchmal, dass Frau C. ihre Not äussern kann und auch Ressourcen sichtbar werden. So erzählt sie mir einmal mit einem Strahlen im Gesicht, dass sie eine Zeit lang

²⁸ Dokumentation bindet auch Ressourcen, die zwangsläufig anderswo fehlen. Dabei gilt es, Bestrebungen einer einseitigen Marktlogik kritisch zu begegnen, welche die Betriebswirtschaft als neuere Bezugsdisziplin der Professionenlehre manchmal vertritt. «Professionell ist dann, was glatt, schnell und reibungslos läuft.» Die Spitalseelsorge darf nicht jede Entwicklung mitmachen. Sie soll in dieser Welt respektive als Teil des Gesundheitswesens wirken, aber nicht darin aufgehen, also sich immer wieder darauf besinnen, dass sie ihren Auftrag nicht von dieser Welt bekommen hat. Andererseits soll sie auch keine Überheblichkeit an den Tag legen und/oder aus einer gewissen Bequemlichkeit unreflektiert Entwicklungen blockieren und sich in eine Nische zurückziehen.

in ihrer Kirchgemeinde für das Abendmahlsbrot zuständig war und auch für Apéros gebacken hat. Im Rahmen der palliativen Komplexbehandlung gilt es herauszufinden, ob die Therapie eskaliert wird oder ob es in Richtung einer Sterbebegleitung geht. Es ist schwierig, die Patientin in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Ich versuche in unseren Begegnungen, den expliziten Willen von Frau C. zu eruieren, scheitere aber mehrfach. Meine Erfahrungen tragen zur Erkenntnis bei, dass in diesem Fall das Behandlungsteam auch mangels näherer Bezugspersonen stärker paternalistisch entscheiden muss als üblich.

8 Übersetzerin, «Ohnmacherin»

Was macht die Spitalseelsorge genau? Worin liegt ihre genuin theologische Qualität als geistliche Profession? Diese Fragen muss jede Spitalseelsorgerin aufgrund ihrer theologischen Qualifikation in jeder Interaktion für sich und interprofessionell bestimmen, ohne sie dogmatisch überzubestimmen. Sie brauchen aber eine professionelle Basis, die sich nur kollektiv etablieren lässt. Ich plädiere in diesem Beitrag dafür, dass die Spitalseelsorge keinen «Seitenwechsel» vornimmt und sich zu einem Beruf des Gesundheitswesens wandelt, sondern innerhalb der geistlichen Profession die nötigen Entwicklungsschritte unternimmt, um ihre spezifische Rolle im Gesundheitswesen spielen zu können.²⁹ Als ordinierte Pfarrerin respektive kirchlich mandatierte Amtsträgerin kann die Spitalseelsorgerin qua Theologiestudium und Verankerung in ihrer eigenen Tradition offen sein fürs Gegenüber, unabhängig von dessen Weltanschauung. Sie kann unter dem Vorzeichen einer vorbehaltlosen Akzeptanz ein qualifiziertes Begegnungsangebot machen und sich in «bewusster Absichtslosigkeit» auf eine Beziehung einlassen.³⁰ Das unterscheidet sie von primär anamnesebasierten und zielgerichteten Interventionen medizinischer Berufsgruppen – ohne dass sie darauf verzichten sollte, mittels theologischer

²⁹ Diese Position ist m. E. auch besser interreligiös anschlussfähig insbesondere für den Einbezug von muslimischen Seelsorgenden als eine Entwicklung in Richtung «neutraler» Spiritual Care Givers. Als grösste Herausforderung dabei sehe ich den Brückenschlag zu den Konfessionslosen und nicht religiös Gebundenen.

³⁰ Ich qualifiziere den in der Seelsorgeliteratur gängigen Begriff «Absichtslosigkeit» mit dem Attribut «bewusst», weil die Seelsorgenden durchaus Absichten haben (den Seelsorgebedarf abzuklären, den spirituellen Bedürfnissen usw. zu entsprechen usw.) – aber sich dabei möglichst weitgehend von der Situation leiten lassen und den Menschen, denen sie sich als Gegenüber zur Verfügung stellen.

Konzepte Anamnesekriterien und Zielsetzungen für die Seelsorge zu formulieren.

Aufgrund ihrer theologischen Qualifizierung stehen dabei zwei Funktionen der Spitalseelsorge im Vordergrund.

– Erstens kann die Spitalseelsorgerin, dank ihrer hermeneutischen und exegetischen Ausbildung, Situationen wie Texte lesen, interpretieren und übersetzen.³¹ Die Spitalseelsorgerin hat darüber hinaus gelernt, aktiv zuzuhören, sich selber dabei wahrzunehmen und durch eine professionelle Gesprächsführung herauszufinden, inwiefern sie für ihr Gegenüber hilfreich sein kann. In der Schilderung von Frau C. dokumentiert die Seelsorgerin, wie sie die Patientin über einen längeren Zeitraum kennen gelernt hat. Später steht im palliativen Verlauf einmal, die Seelsorgerin habe «schon viel Zeit mit der Patientin verbracht.» Das ist in sich ein Qualitätsmerkmal der geistlichen Profession. Sie hat nicht unbeschränkt Zeit, aber sie hat Zeit, sich punktuell auf einzelne Situationen vertieft und mit grösserer Kontinuität einzulassen, als dies in der Regel Angehörige der medizinischen Profession können. Das Wissen, das sie daraus zieht, ist sie dem medizinischen System schuldig. Sie kann in Form der Dokumentation zum besseren Verständnis der Patientin und ihrer Situation beitragen. Umgekehrt kann sie der Patientin helfen, selbst zu verstehen, was mit ihr geschieht. Dabei hilft der Zugang zur interprofessionellen Dokumentation. Um sie zu nutzen, ist eine fortwährende und sorgfältige, auch theologische Reflexion unabdingbar.³² So kann die Spitalseelsorge eine «Theologie von unten» praktizieren und in den kirchlichen wie gesellschaftlichen Diskurs einbringen.

³¹ Vgl. den Begriff «living human documents» von Anton T. Boisen, der das Leben und Leiden von Menschen als geschichtlichen Text liest und versteht, analog zu biblischen oder literarischen Texten. Vgl. Henri J. M. Nouwen, Anton T. Boisen and theology through living human documents, in: *Pastoral Psychology* 19/7 (1968) 49–63.

³² Vgl. Gina Atzeni/Friedemann Voigt, Religion und Theologie in bioethischen Kommissionen. Eine Untersuchung zu Berufstheologen in ethischen Diskursen, in: Friedemann Voigt (Hg.), *Religion in bioethischen Diskursen. Interdisziplinäre, internationale und interreligiöse Perspektiven*, Berlin/New York 2010, 215–244. Atzeni/Voigt haben darin die Rolle von «Berufstheologen» in ethischen Diskursen untersucht. Dabei haben sie idealtypisch neben dem «akademischen Theologen» und dem «Kirchentheologen» den «Seelsorger» herauskristallisiert. Er übernehme als «exemplarischer Laie» «intuitiv bestimmte Funktionen von Religion» (229f) und praktiziere eine «rudimentäre Theologizität» (234). Worin diese (nach der Wortbedeutung des Duden www.duden.de/rechtschreibung/rudimentaer [29.08.2019]) «unvollständige, unvollkommene, nur in Ansätzen vorhandene, unzureichende» Theologizität für die Seelsorgerin generell und spezifisch im Spital besteht, müsste weiter geklärt werden. Sicher ist, dass sich mit den Worten von Atzeni/Voigt der Seelsorger mit expressiver religiöser oder unvermittelter

– Zweitens fungiert die Spitalseelsorgerin in der Regel als «Ohnmacherin», als diejenige, die ohne Macht ist und die Macht infrage stellt. Sie hat in der Spitalhierarchie keine Entscheidungsbefugnis und positioniert sich prinzipiell ausserhalb der Kategorien von Erfolg und Einflussnahme. In Ausnahmefällen kann sie aber durchaus etwas erreichen, bis hin zu einer anwaltschaftlichen Funktion für Patientinnen, Angehörige oder Mitarbeiterinnen. Im Fall von Frau C. hat sie versucht, deren Autonomie zu stärken und eine Mitsprache im Entscheidungsprozess herzustellen. Als sie gemerkt hat, dass sie damit scheitert und vor allem die Patientin überfordert, hat sie diese Erkenntnis ins medizinische System zurückgespielen und wieder auf eine bewusst absichtslose Begleitung der Patientin fokussiert. Theologisch lässt sich dabei u. a. auf den christlichen Schöpfungsglauben Bezug nehmen, der zwar der menschlichen Leistungsfähigkeit vertraut, aber auch die Begrenzung des Menschen betont.³³

9 Fazit

Die moderne Medizin stellt den Anspruch auf Ganzheitlichkeit. Dazu gehört ein spirituelles Selbstverständnis, und dazu braucht sie die Spitalseelsorgerin als Mitarbeiterin mit ihrer spezifischen Professionalität und mit ihrer Dokumentation. So kann die weit verbreitete «Sehnsucht nach Ganzheit und Erfüllung» ernst genommen werden, die Daniel Hell diagnostiziert. Menschen, die nicht nur generell, sondern besonders im Angesicht von Krankheiten, Schicksalsschlägen und Tod auf der Suche nach Heimat, Identität und Sicherheit sind, kann die Spitalseelsorgerin als Wegbegleiterin dienen.³⁴

theologischer Sprache als prophetischer Verkünder des «Ganz-Anderen» selber von den Debatten ausschliessen und für die Diskurse ohne Bedeutung» bleiben würde (ebd.).

³³ Vgl. Konrad Hilpert, *Forschung und öffentliches Vertrauen. Das Beispiel der humanen embryonalen Stammzellforschung*, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 51 (2008) 980–984, zitiert in Atzeni/Voigt, *Religion und Theologie in bioethischen Kommissionen* 228 und 240. Er sieht darin die gesellschaftliche Ambivalenz von Hoffnung und Misstrauen gegenüber der Wissenschaft (und Medizin, erg. CG) gespiegelt.

³⁴ Daniel Hell, *Krankheit als seelische Herausforderung*, Basel 2013, 148. Dabei ist es wichtig, dass die Spitalseelsorgerinnen «in der verwirrenden Vielfalt von Eindrücken therapeutische Erfahrungen machen, die nicht von sich ablenken, sondern auf sich zentrieren.» (a. a. O., 190). Hell richtet sich sowohl an Psychotherapeutinnen als auch an Seelsorgerinnen mit der Forderung, «Verständnis dafür zu haben, dass die komplexe, multikulturelle und globalisierte Spätmoderne die Menschen herausfordert, sich

Theologinnen haben sich mit Fragen von Tod und Auferstehung, Diesseits und Jenseits, Verzweiflung und Vertrauen intensiv auseinandergesetzt. Für Menschen in Grenzsituationen kann es beruhigend, ja hilfreich sein, jemanden zur Seite zu haben, der auch noch eine Idee von Transzendenz hat. Denn eines ist sicher: «auch die beste Gesundheitspolitik und die beste professionelle Hilfe ändern nichts daran, dass Menschen angesichts von Krankheit und Tod mit der eigenen Endlichkeit konfrontiert werden. Mit ihrer Gebrechlichkeit, mit ihrer Angewiesenheit auf andere, mit der Frage nach dem Sinn ihres Lebens.»³⁵ Dem versucht die Spitalseelsorge Raum zu geben. Davon und dazu braucht es einen Niederschlag in der Dokumentation. Das fordert die einzelne Seelsorgerin und den gesamten Berufsstand zu wesentlichen Entwicklungsschritten heraus, damit die Seelsorge als geistliche Profession ernst genommen wird und ihren Beitrag im Gesundheitswesen leisten kann.

Zusammenfassung: Im Gesundheitswesen gehört Dokumentation zum professionellen Standard. Daran muss sich auch die Spitalseelsorge messen lassen, wenn sie in Gegenwart und Zukunft als Profession ernst genommen werden und ihre Rolle spielen will. Im Interesse der bestmöglichen seelsorglichen und spirituellen Unterstützung für Patientinnen, Angehörige und auch Mitarbeiterinnen ist das Dokumentieren sowohl Voraussetzung als auch Resultat einer systematischen Qualitätsentwicklung. Dabei bewegt sich die Spitalseelsorge in einem professionsspezifischen Spannungsfeld. Zentral ist der Zielkonflikt zwischen interprofessioneller Zusammenarbeit und professioneller Diskretion. Er zeigt sich in der Frage der Dokumentation besonders deutlich. Umgekehrt formuliert, stellt die moderne Medizin den Anspruch auf Ganzheitlichkeit. Dazu gehört ein spirituelles Selbstverständnis, und dazu braucht sie die Spitalseelsorgerin als Mitarbeiterin mit ihrer spezifischen Professionalität und mit ihrer Dokumentation.

immer wieder neu zu orientieren und ihre persönliche Identität nicht nur in Vergangenheit zu verankern, sondern auch ständig wechselnden Anforderungen anzupassen.» (ebd., 192).

³⁵ Annette Widmann-Mauz, damalige parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, im Grusswort für den 1. Ökumenischen Kongress der Seelsorgenden im Krankenhaus und Gesundheitswesen des deutschsprachigen Raumes, zit. nach Thomas Hagen/Norbert Gross/Wolfgang Jacobs/Christoph Seidl, Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen. Auftrag-Vernetzung-Perspektiven, Freiburg i. Br. 2017, 27.

Abstract: In health care charting is a professional standard. It also applies to pastoral care. If chaplains want to play their role as professionals presently and in the future they have to develop the quality of their work and find means to document what they are doing. The overall aim is to provide best possible pastoral and spiritual care to patients, relatives and members of staff. Modern medicine has a holistic self-concept including the spiritual dimension. Pastoral care and its documentation is necessary to that end balancing interprofessional team work and professional discretion.

Professionelle Praxis und spirituelle Übung

Zum Handwerk seelsorglichen Dokumentierens

Simon Peng-Keller

In seinem Buch *Schöpferische Seelsorge* unterstreicht Henri Nouwen die Bedeutung seelsorglicher Dokumentation. Den Ausgangspunkt bildet eine kritische Diagnose:

«Es ist kein Geheimnis, dass Seelsorger nicht das Schreiben gewöhnt sind. Natürlich rühmt sich eine ganze Anzahl von ihnen: ›Ich könnte ein ganzes Buch von dem schreiben, was ich schon alles in dieser Pfarrei erlebt habe.‹ Aber kaum einer schreibt dieses Buch tatsächlich. Der Arzt schreibt seinen Gesundheitsbericht, der Psychologe sein Testergebnis, der Sozialarbeiter seinen Fallbericht. Aber die meisten Seelsorger verfügen über keinerlei Dokument, das ihnen hilft, ihre eigene Rolle zu definieren.»¹

Ist Nouwens Diagnose heute noch zutreffend? Seit diese Zeilen Ende der 1970er Jahre niedergeschrieben wurden, hat sich in Sachen seelsorglicher Dokumentation einiges getan. Die digitale Revolution² und das Aufkommen interprofessioneller Spiritual Care³ machen die Dokumentation zu einem Schlüsselthema in der gegenwärtigen Neubestimmung klinischer Seelsorge. Der vorliegende Band bezeugt dies in vielfältiger Weise.

Fragt man nach den Gründen für diese Praxis, lassen sich sowohl extrinsische wie intrinsische Motive nennen. Zu ersteren gehören die inter- und intraprofessionelle Weitergabe relevanter Informationen und die Dokumentation zu administrativen Zwecken. Da die interprofessionelle Relevanz der Dokumentation bereits ausführlich zur Sprache kam, werde ich mich im Folgenden auf die intrinsischen Gründe konzentrieren. Es lassen sich mindestens

¹ Henri J. M. Nouwen, *Schöpferische Seelsorge*, Freiburg i. Br. 1989, 99.

² Zur Bedeutung der Digitalisierung vgl. Simon Peng-Keller, *Digitale Dokumentation klinischer Seelsorge. Hintergründe, Modelle, Diskussionen*, in: *Wege zum Menschen* 72/3 (2020) 257–270.

³ Simon Peng-Keller, *Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit*, Göttingen 2021.

fünf solche Gründe identifizieren: Seelsorgliches Dokumentieren kann erstens als Instrument der Wahrnehmung und des Verstehens dienen, zweitens als Entscheidungs- und Planungshilfe genutzt werden und drittens als Erinnerungsstütze fungieren. Schliesslich kann das Dokumentieren auch eine Praxis spiritueller Reflexion darstellen und der Selbstsorge dienen.

Es ist das Verdienst von Richard T. Cabot und Russell L. Dicks, bereits in der Pionierphase der Seelsorgebewegung des letzten Jahrhunderts auf den intrinsischen Sinn seelsorglicher Dokumentation hingewiesen zu haben. In ihrem bereits in der Einleitung zitierten Buch *The Art of Ministering to the Sick* weisen sie auf die erschliessende und kreative Kraft seelsorglicher Dokumentation hin. Im erinnernden und reflektierenden Niederschreiben entdecke man Leerstellen und entwickle Ideen, wie diese zu füllen seien. Das Dokumentieren ermögliche Selbstkritik und schaffe einen Raum der Selbstoffenbarung.⁴ Es sei ein Instrument, um sich weiterzuentwickeln und in zurückliegenden seelsorglichen Begegnungen die spirituelle Dimension zu entdecken, die Spur göttlicher Gegenwart.

Um den intrinsischen Sinn seelsorglicher Dokumentation zu erkunden, führe ich in einem ersten Schritt ein eigenes Beispiel an, an dem sich die genannten Aspekte entfalten lassen. Danach greife ich um der theoretischen Begründung willen auf einen zentralen Gedanken der philosophischen Hermeneutik zurück: die sinnbildende Kraft sprachlicher Artikulation. Im letzten Abschnitt frage ich, inwiefern sich in seelsorglicher Dokumentation professionelle Analyse und spirituelle Reflexion verbinden können.

1 Ein Werkstattbericht

Meine ersten Erfahrungen mit Formen seelsorglicher Dokumentation gehen in die Zeit meiner CPT/KSA-Ausbildung zurück. Wir wurden angeleitet, Verbatim-Protokolle zu erstellen, die für die Supervision genutzt wurden. Im Prozess des Schreibens, so stellte ich fest, wurden die Gespräche wieder lebendig. Es fielen mir Dinge ein, die ich nur flüchtig wahrgenommen hatte, ohne mich weiter damit zu beschäftigen. Trotz dieser positiven Anfangerfahrungen, spielte diese Form der Dokumentation in meiner späteren Seelsorgetätigkeit keine Rolle mehr. Nach einer langen dokumentationsfreien Zeit begann ich vor einigen Jahren, um mein Gedächtnis zu unterstützen, wichtige Eckdaten und Impressionen stichwortartig festzuhalten. Dass es nicht bei diesen dünnen

⁴ Richard C. Cabot/Russell L. Dicks, *The Art of Ministering to the Sick*, New York 1944 (Erstausgabe 1936), 248.

Notizen blieb, ist dem Forschungsprojekt geschuldet, dem sich der vorliegende Band verdankt. Es animierte mich, meine Dokumentationspraxis zu überdenken, und regte mich an, neue Formen auszuprobieren, etwa mir ein heuristisches Raster anzueignen, das meine Aufmerksamkeit auf zentrale Aspekte fokussiert. Was bedeutet es, so fragte ich mich, das Dokumentieren als Instrument dazu zu nutzen, um meine seelsorgliche Arbeit bewusster, kreativer und spiritueller zu gestalten?

Das folgende Beispiel bildet meine Suche nach einer Antwort auf diese Frage ab. Um der besseren Lesbarkeit willen, habe ich die teilweise stichwortartigen Notizen ausformuliert, Redundanzen getilgt und der Anonymisierung wegen auch einiges weggelassen oder umformuliert. Die Textbruchstücke widerspiegeln den Dokumentationsprozess: Am Anfang stehen spontane Notizen, die wichtige Informationen und unmittelbare Eindrücke festhalten. An sie schliessen sich strukturierte Einträge an, die sich an einem einfachen heuristischen Raster orientieren. Um mir Klarheit über meine Rolle zu verschaffen, frage ich nach dem *Leitthema*, den intra-, inter- und transpersonalen *Belastungen*⁵ der Betroffenen, nach ihren *Ressourcen* und schliesslich im Hinblick auf die weitere Begleitung nach meinem seelsorglichen *Auftrag*. Die im Folgenden dokumentierte Begleitung umfasste zwei längere und zwei kürzere Gespräche auf einer Palliativstation. Dass ich diese Gespräche ausführlicher dokumentiert habe, hat mit den vielen Fragen zu tun, die sie in mir weckten.

Donnerstag, [Datum], (45')

Hr. A. W. (kath.; Jg. xx): heute Morgen von einer anderen Station übergetreten; wünscht Seelsorge; komplexe Austrittsplanung (ausserkantonale); will zu Kräften kommen, hat voraussichtlich nur noch eine sehr begrenzte Lebenszeit; betagte Mutter und Schwester sind involviert. Erstgespräch mit Pat., dessen Mutter, Schwester und Schwager: Sie haben viele Fragen, insbesondere die Mutter, die Verlustängste äussert. Der religiöse Bezug ist allen wichtig. Herr W. erzählt von einem beruflichen Projekt, dass er noch abschliessen möchte. Er war enttäuscht, dass er am letzten Sonntag im Gottesdienst nicht kommunizieren konnte. Wir vereinbaren, dass ich ihm am kommenden Montag die Kommunion bringe.

⁵ Vgl. Hisham Abu-Raiya/Kenneth I. Pargament/Julie J. Exline, Understanding and addressing religious/spiritual struggles in health care, in: Health and Social Work 40/4 (2015) 126–134.

Leitthema:

Pat. und Angehörige sind in einem intensiven Verarbeitungs- und Trauerprozess; stehen dabei an unterschiedlichen Orten

Austrittsplanung mit schwierigen Entscheidungen: Übertritt in ein Hospiz?

Belastungen:

Intrapersonale Belastung: Hr. W. fühlt sich zerrissen, wie er mit der schlechten Prognose umgehen soll: Kämpfen oder Akzeptanz?

Interpersonale Belastung: Beziehung zur Mutter nicht ohne Spannungen

Transpersonale Belastungen: Hr. W. ringt mit dem «Plan Gottes»; Mutter: stellt Theodizee-Frage(n)

Ressourcen:

Praktiken: Gebet und Kommunionempfang bedeuten Hr. W. viel; hat berufliches «Lebensprojekt» mit einer starken altruistischen Komponente

Erfahrungen: sein Glaube gebe ihm viel Kraft und Trost; der Spitalaufenthalt habe ihn positiv entschleunigt: er sei früher ungeduldig gewesen, nun habe er Zeit zum Nachdenken; beschäftigt sich mit Nahtoderfahrungen

Überzeugungen: starker Glaube an Jesus (dieser sei der «Chef»)

Einstellungen: hofft auf Überleben

Gemeinschaft: positiver Kirchenbezug, der von Familie geteilt wird

Seelsorglicher Auftrag:

Unterstützung bei Entscheidungs- und Trauerprozess; Unterstützung spiritueller Praktiken (Kommunion, Gebet)

Montag, [Datum], (75')

Bringe Herr W. die Kommunion. Wir sprechen vorher über seinen aktuellen Gesundheitszustand. Er habe eben geduscht und es habe ihn erschreckt, wie abgemagert er inzwischen sei. Er wisse nicht recht, wie er mit der Frage der Ernährung weitermachen solle. Eine PEG-Sonde habe er abgelehnt. Wenn er die Ernährung einstelle, gehe es wohl schnell zu Ende, und er wisse nicht, ob es sinnvoll sei, sein Leben noch zu verlängern. Er spricht langsam und mit längeren Pausen. Er fragt mich, ob es Studien gebe, dass Menschen es aufgrund einer Eingebung merken, wenn es nicht mehr sinnvoll sei, in einer «solchen Situation» weiter zu kämpfen. Später gibt er sich selbst eine Antwort. Er habe das Gefühl, dass er noch eine Aufgabe habe, nämlich das schon erwähnte berufliche Projekt, in das er viel Herzblut und Finanzen hineingesteckt habe, zu Ende zu bringen. Vor der Kommunionfeier sagt er, dass er einen Besuch erwarte, es jedoch völlig in Ordnung sei, wenn dieser hinzukomme. Herr W. kommuniziert andächtig mit gefalteten Händen und geschlossenen Augen. Nach der Kommunionfeier spreche ich ihn auf seinen religiösen Glauben an. Er erzählt, dass er immer schon gebetet habe. Vor zwölf Jahren erfuhr er jedoch eine Art zweite Bekehrung. Er sei auf dem Internet auf Videos mit Heilungswundern gestossen und sei nach und nach zur Überzeugung gelangt, dass solche Heilungen die heutige «PR-Strategie» Jesu sei. Immer stärker sei ihm dabei bewusst geworden, dass Gott wirklich existiere

und in seinem Leben wirksam gegenwärtig sei. Sein Lebensprojekt sei ihm dann drei Jahre später geschenkt worden, auch im Rahmen eines Gebetsvollzugs.

In diesem Moment kommt der angekündigte Besuch, eine dynamisch wirkende Frau, die mir auf Hr. W.s Bitte hin ihre eigene Geschichte erzählt. Seit sie vor einigen Jahren selbst beinahe an einer Krankheit gestorben sei, sei ihr die Gabe geschenkt worden, Botschaften von Jesus zu erhalten. Von ihm habe sie den Auftrag bekommen, für die Heilung kranker Menschen zu beten und Heilungsgottesdienste durchzuführen. Auch für Herr W. bete sie intensiv und sie sei guter Hoffnung, dass er gesund werde. Jedenfalls habe sie keine gegenteilige Botschaft bekommen. Sie erklärt auch, was sie erlebt habe, als sie ihm kürzlich die Hände aufgelegt habe. Der Magen müsse unbedingt wieder aktiviert werden. Sie wendet sich in diesem Augenblick Herr W. zu und fordert ihn auf, wieder regelmässig zu essen. Dieser wehrt ab. Das könne er nicht mehr, das Essen widerstehe ihm. Die Frau lässt jedoch nicht locker. Er müsse sich zwingen, dann komme es schon wieder, drängt sie ihn. Sie sei eben manchmal recht resolut, erklärt sie ihr Verhalten mir gegenüber. Herr W. wirkt verstimmt und mir ist ebenfalls unbehaglich. Ich werfe ein, dass das Problem doch der Tumor sei und es für eine göttlich bewirkte Heilung letztlich keine Rolle spiele, ob er esse oder nicht. «Gott möchte, dass wir bei der Heilung mitwirken», entgegnet sie mir. Und es gehe auch um die positive innere Einstellung. Man dürfe sich nicht aufgeben, sondern müsse kämpfen. «Auch Du musst kämpfen, A.» So geht es noch etwas weiter, bis ich mich schliesslich von beiden verabschiede und verspreche, am nächsten Tag wiederzukommen.

Leitthema:

Hr. W. ringt angesichts der schlechten Prognose um eine Einstellung, die seinen Glaubensüberzeugungen entspricht.

Belastungen:

Intrapersonale Belastungen: Hr. W. schwankt zwischen Widerstand und Ergebung; Entscheidungssituation bzgl. Ernährung

Interpersonale Belastungen: Ambivalente Beziehung zu seiner Seelsorgerin

Transpersonale Belastungen: Ambivalenz bzgl. des göttlichen Willens

Ressourcen:

Erfahrungen: Zweite Bekehrung & Berufung; Lebensprojekt

Überzeugungen: Glaube an Wunderheilung, der für die Glaubensbiografie zentral ist

Einstellungen: Hoffnung auf Überleben

Gemeinschaft: Verbundenheit mit Menschen, die für seine Heilung beten

Seelsorglicher Auftrag:

Es war mir nach dem Gespräch nicht klar, wie ich mit der Spannung umgehen sollte, in die ich schliesslich hineingeraten war. Es war deutlich spürbar, dass Herr W. ein sehr enges Verhältnis zu seiner Seelsorgerin hatte und ihre Unterstützung für ihn von zentraler Bedeutung war. Gleichzeitig war es nicht zu übersehen, dass ihr Drängen Herr W. belastete und dass sie den Fragen, die er in sich trug, keinen Raum gab. War es richtig gewesen, ihre Heilungsvorstellung vorsichtig anzufragen und damit auf die theologische Ebene zu wechseln? Ich wollte dadurch Herrn W. eine alternative christliche Perspektive anbieten. Doch

ist mir das gelungen? Hatte ich mich durch diese Anfragen in seinen Augen nicht eher disqualifiziert, indem ich zur Gruppe derer hinzutreten bin, die der Hoffnung auf Heilung, die er selbst hegte und die seine Seelsorgerin verkörperte, mit Skepsis begegnete? Trotz dieser Bedenken entschloss ich mich schliesslich, Herrn W. beim nächsten Besuch darauf anzusprechen, wie es ihm mit der Intervention seiner Seelsorgerin ergangen ist. Ich wollte die Gelegenheit nicht versäumen, den Fragen, die er mir gegenüber geäussert hatte, noch mehr Raum zu geben.

Dienstag, [Datum], (20')

Treffe Herrn W. in einer nachdenklichen Verfassung an. Spreche ihn auf das gestrige Gespräch an. Ich sei mir unsicher gewesen, ob seine Seelsorgerin ihn bzgl. des Essens nicht unter Druck setzte. Er räumt ein, sie sei diesbezüglich «unrealistisch». Das wichtigste sei jedoch seine Heilung. Es gebe eben nur sehr wenige Menschen, die wie er überzeugt seien, dass sie direkt mit Jesus sprechen können. Im Unterschied zu den ersten beiden Gesprächen ist Herr W. stärker in sich gekehrt. Eine Antwort auf meine Reserven gegenüber seiner Seelsorgerin?

Anders als bei den ersten beiden Besuchen ist das Gespräch mit Herrn W. in der dritten Begegnung nicht richtig in Gang gekommen. Die Vermutung lag nahe, dass ich mich in seinen Augen von ihm entfernt hatte. Es könnte allerdings auch einfach dem Krankheitsprogress und einer zunehmenden Müdigkeit geschuldet sein. Vom interprofessionellen Team bekam ich die Auskunft, dass seine Kräfte am Schwinden waren und Herr W. in zunehmendem Masse abwesend wirkte.

Donnerstag, [Datum], (10')

Abschiedsbesuch. Herr W. ist sehr müde und wirkt traurig. Für einige kurze Momente schaut er mich ganz wach an. Auf seiner Brust liegt ein religiöses Bildchen. Er habe eben ein längeres Gebetsritual hinter sich, das ihm gut getan habe. Informiere ihn darüber, dass ich ab morgen für zehn Tage weg sein werde und verabschiede mich von ihm. Er bedankt sich bei mir für die Unterstützung.

Am darauffolgenden Montag wurde Herr W. in ein Hospiz verlegt, wo er drei Tage später verstarb.

2 Wahrnehmen und Verstehen durch Artikulation

Bevor ich das zitierte Beispiel mit Blick auf die Frage nach dem intrinsischen Sinn der Dokumentation näher beleuchte, schalte ich eine grundsätzlichere Reflexion zur wahrnehmungsschärfenden und kreativen Kraft sprachlicher Artikulation ein. Ich gehe dabei von einer zentralen Einsicht philosophischer Hermeneutik aus und vertiefe ihn durch einige Hinweise auf die Kreativität

sprachlicher Artikulationsprozesse. «Den Sinn des Lebens finden wir, indem wir ihn artikulieren»,⁶ so spitzte Charles Taylor in *Quellen des Selbst* einen Leitgedanken zu, der in der auf Friedrich Schleiermacher und Wilhelm von Humboldt zurückgehende Tradition philosophischer Hermeneutik in vielfältiger Weise variiert worden ist. Sprache schafft Wirklichkeit und verändert sie. Die sprachliche Artikulation sinnträchtiger Erfahrungen gleicht einem Laboratorium, in dem sich amorphe Substanzen zu feinen Gestalten herauskristallisieren und neue Verbindungen entstehen. Sprachlicher Ausdruck ist ein kreativer Erschliessungs- und Erkundungsprozess. Artikulation bedeutet, Erlebtes und Beobachtetes schrittweise zu erfassen, es in eine narrative Ordnung bringen und in bestehende Deutungshorizonte einzuordnen, die sich dadurch selbst verändern können. Durch Erzählen und Beschreiben erschliessen sich uns sinnhafte Zusammenhänge aller Art. Indem wir Erlebtes zur Sprache bringen, können uns Dinge bewusstwerden, die wir vorher nicht wussten, obwohl wir sie in vorbewusster Weise schon wahrgenommen haben.

Um die wahrnehmungsschärfende und erkenntnisstiftende Wirkung der sprachlichen Artikulation noch genauer herauszuarbeiten, kann zwischen ihrer *kognitiven* und der *kreativen* Funktion unterschieden werden.⁷ Erstere wurde von Wilhelm Dilthey in nach wie vor gültiger Weise beschrieben. Die philosophische Hermeneutik des 20. Jahrhunderts begründend stellte Dilthey fest, dass die Artikulation im menschlichen Lebensvollzug eine Mittelstellung zwischen Erleben und Verstehen einnimmt. Selbst wenn wir mit uns und unserer Mitwelt «unmittelbar» vertraut sind, verstehen wir, was wir erleben, nur mittels Selbstartikulation. Diese wirkt wiederum auf unser Erleben zurück, so dass ein hermeneutischer Zirkel entsteht. Demnach lässt sich Artikulation in doppelter Hinsicht als «Sinnbildung» beschreiben: einerseits als aktiven Vollzug sprachlicher «Sinngebung» und andererseits als spontanes Geschehen, als «Sinnfindung». Taylor beschreibt dieses Wechselverhältnis von Erleben, Artikulation und Verstehen am Beispiel des Selbstverstehens:

«Wenn wir [...] dahin gelangen, ein Gefühl auf neue Weise zu artikulieren, dann ist es häufig so, dass sich das Gefühl ebenfalls wandelt. Nehmen wir an, dass ich verwirrt bin aufgrund meiner Gefühle für X; dann komme ich zu einer Klärung,

⁶ Charles Taylor, *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*, Frankfurt a. M. 1996, 41.

⁷ Ich greife dazu auf die folgenden Vorarbeiten zurück: Simon Peng-Keller, *Einführung in die Theologie der Spiritualität*, Darmstadt 2010, 25–27; ders., *Alte Passionen im neuen Leben. Postbaptismale Konkupiszenz als ökumenisches Problem und theologische Aufgabe*, Freiburg i. Br. 2011, 53–56.

bei der ich sehe, dass ich eine bestimmte Eigenschaft an ihm bewundere, während ich einige Dinge missbillige; oder nachdem ich wegen meiner Gefühle für Y verwirrt war, gelange ich dahin, sie als eine Art von Faszination und nicht als die Art von Liebe zu begreifen, auf die eine Gemeinschaft gegründet werden kann. In beiden Fällen ist der Wandel der Beschreibungen untrennbar mit einer Änderung des Empfindens verbunden. [...] Oder nehmen wir [...] an, dass ich mich sehr schuldig fühle wegen einer Handlungsweise und später dann zu der Ansicht komme, dass nichts daran verkehrt war. Der Charakter des Schuldgefühls verändert sich. Es mag ganz verschwinden. Wenn es jedoch bestehen bleibt, so ist sein Charakter sehr verschieden aufgrund der Tatsache, dass ich es jetzt als eine Art von reflexartigem Überbleibsel aus meiner Erziehung betrachte.»⁸

Während von philosophischer Seite besonders auf die kognitive Funktion der Artikulation hingewiesen wurde, machen Schriftsteller auf die kreative Seite aufmerksam. Zu den bekanntesten Texten, die dieser Seite der Artikulation gewidmet sind, gehört Heinrich von Kleists Aufsatz *Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden*. «Der Einfall kommt im Sprechen», stellt Kleist verwundert fest. Im adressierten Sprechen ordnen sich die Gedanken. Es stellen sich Einsichten und Formulierungen ein, auf die man in einsamer Meditation nicht gekommen wäre. Daraus schliesst Kleist, dass die Sprache keine Fessel am «Rade des Geistes» ist, «sondern wie ein zweites mit ihm parallel fortlaufendes Rad an seiner Achse».⁹ Es hält das Denken in Schwung. Kleist schreibt diese besondere Kraft der Artikulation der Rede zu. Allerdings lässt der Aufsatz, der an einen Freund adressiert ist, deutlich erahnen, dass auch die schriftliche Artikulation als Schwungrad des Denkens und Verstehens zu fungieren vermag. In jüngerer Zeit hat Hanns-Josef Ortheil in mehreren und teilweise autobiografischen Schriften auf diesen Zusammenhang hingewiesen. Ortheil bietet sich für den vorliegenden Zusammenhang nicht nur deshalb an, weil er ihn am eigenen Beispiel, seinem Weg aus der behindernden Sprachlosigkeit, eingehend dokumentierte,¹⁰ sondern ebenso, weil er sich auch mit Formen dokumentierenden Schreibens beschäftigt, die zumindest auf den ersten Blick wenig Kreativität vermuten lassen. Ortheil unterscheidet verschiedene Formen des Notierens, die gemeinsam dem Ziel verpflichtet sind,

⁸ Charles Taylor, Bedeutungstheorien, in: *Negative Freiheit? Zur Kritik des neuzeitlichen Individualismus*, Frankfurt a. M. 1992, 52–117, 84f.

⁹ Heinrich von Kleist, *Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden* (1805–1806); https://pure.mpg.de/rest/items/item_2352284_4/component/file_2352283/content; 22.01.2020.

¹⁰ Hanns-Josef Ortheil, *Der Stift und das Papier. Roman einer Passion*, München 2017.

«dicht am Leben» zu schreiben. Dazu brauche es Schreibformen, die den fragmentarischen Charakter alltäglichen Erlebens zeitnah einzufangen vermögen. Solches Notieren führe, so beobachtet Ortheil an sich selbst, zu einer besonderen Art geistiger Präsenz:

«Notierend steigt man aus dem laufenden Zeitstrom der Ereignisse und Lebensvollzüge aus und beginnt, sich auf einen bestimmten Aspekt zu konzentrieren. Konzentration ist ein Sichzusammenziehen, ein Auf-den-Punkt-Bringen und damit zunächst eine leichte Anspannung, die das Betreten einer Zeitinsel markiert. Auf dieser Zeitinsel bewegt man sich anders als sonst, man ist aufmerksam und hellwach, man wird zum Teil einer Versuchsanordnung oder eines Experiments. [...] Die Schrift fließt, aber sie fließt kanalisiert. Für den Notierer bedeutet es eine Erleichterung, dieses Fließen zu beobachten, ein stärkerer Aufmerksamkeitsgrad aber stellt sich erst ein, wenn diese Erleichterung durch selbst gesetzte Grenzen markiert und abgesteckt wird.»¹¹

Der klare Rahmen einer bestimmten Dokumentationsmethode ist entscheidend dafür, dass das Notieren zu einer «dichten Aktion» wird, dass der «Umwandlungsprozess des Sprechens und Denkens in erste Schrift»¹² in Gang kommen kann. Ortheil empfiehlt, mit dezidiert unkreativem Schreiben zu beginnen, etwa mit dem Abschreiben schon vorhandener Angaben.¹³

Kehren wir an dieser Stelle zu den Notizen aus meiner Dokumentationswerkstatt zurück. Sind sie ein Beispiel für den intrinsischen Sinn seelsorglicher Dokumentation, für die kognitive und kreative Kraft sprachlicher Artikulation? Und inwiefern trägt die Orientierung an einem heuristischen Raster dazu bei, diese erschliessende Funktion zu stärken? Offenkundig sein dürfte, dass die Notizen auch dazu dienen, mich selbst an das Gespräch zu erinnern und die Erinnerungen im Hinblick auf die weitere Begleitung festzuhalten. Zugleich erfüllt das Festhalten der Fakten zugleich die Funktion, die Ortheil dem «unkreativen» Schreiben zutraut: Es bringt den Schreibprozess in Fluss und führt zu einer Verlangsamung, die es mir erleichtert, mich den Gesprächsinhalten und den Wahrnehmungen zuzuwenden. Wie angedeutet, war das Niederschreiben im vorliegenden Fall von den Fragen bestimmt, die sich schon während den Begegnungen mit Herrn W. und seiner Umgebung in mir einstellten. Das gilt insbesondere für das lange zweite Gespräch, zu dem Herr

¹¹ Hanns-Josef Ortheil, Schreiben dicht am Leben. Notieren und Skizzieren, Berlin 2012, 145.

¹² A. a. O., 149.

¹³ Hanns-Josef Ortheil, Mit dem Schreiben anfangen, Berlin 2017, 41.

W.s Seelsorgerin hinzukam und das in die Diskussion über das Gebet um Heilung mündete. Das Gespräch war so vielschichtig und in manchen Teilen auch überraschend, dass ich im Anschluss daran das Bedürfnis hatte, seinen Verlauf und meine Rolle darin besser zu verstehen. Insbesondere wollte ich klären, wie ich mit der wahrgenommenen Spannung, in die ich hineingeraten war, umgehen sollte. Während des Niederschreibens und der Analyse der Belastungen und Ressourcen trat mir die Ambivalenz, in der sich Herr W. bewegte, nochmals deutlicher vor Augen. Einerseits hatte er eine PEG-Sonde abgelehnt und beschäftigte sich mit der Frage, ob es klare Eingebungen gibt, die ihm erlaubten, den Kampf ums Überleben zu beenden. Andererseits gehörte der Glaube an Wunderheilungen zu einem konstitutiven Merkmal seiner Frömmigkeit, das durch seine Seelsorgerin gestützt wurde. Durch das schriftliche Nachzeichnen wurde mir auch klar, dass ich mich deutlicher als beabsichtigt von der Seelsorgerin theologisch abgesetzt und dadurch auch den Kontakt zu Herrn W. ansatzweise verloren hatte.

Während sich relativ einfach darlegen lässt, inwiefern im vorliegenden Fall das Dokumentieren eine kognitive, wahrnehmungs- und verständniserschließende Funktion erfüllte, ist es schwieriger zu sagen, ob es auch ein kreatives Moment umfasste. Es ist am ehesten in der Beschreibung von Herr W.s Glaubensbiografie zu finden. Sein Lebensprojekt hatte mich bereits im ersten Gespräch beeindruckt. Im zweiten Gespräch erfuhr ich noch mehr über seine Hintergründe. Es ergab sich immer mehr ein kohärentes Bild eines spirituellen Lebensentwurfs. Dieses Bild in wenigen Sätzen festzuhalten, war ein kreativer Verdichtungsprozess, der für das unmittelbare Verstehen meiner seelsorglichen Aufgabe zwar nicht dringlich war. Dass es mir dennoch wichtig war, diese Aspekte festzuhalten, gründet in meiner Überzeugung, dass zur seelsorglichen Aufgabe ein transprofessionelles Moment gehört, eine Resonanz, die meiner eigenen spirituellen Verwurzelung und Suche entspringt.¹⁴ Das führt zum letzten Schritt dieser Erkundung des intrinsischen Sinns seelsorglicher Dokumentation: Inwiefern kann sie als professionelle Praxis auch spirituelle Momente umfassen?

¹⁴ Vgl. Simon Peng-Keller, *Spiritual Care: Grundgestalten, Leitmodelle und Entwicklungsperspektiven*, in: *Spiritual Care* 9/2 (2020) 127–135.

3 Dokumentieren als spirituelle Praxis?

Um mich spirituellen Aspekten dokumentierenden Schreibens anzunähern, greife ich zunächst auf Erfahrungen aus dem weiteren Feld christlicher Spiritualität zurück. Versteht man, wie von Cabot und Dicks vorgeschlagen, seelsorgliche Dokumentation als «spirituelle Übung»¹⁵, so steht diese nämlich in einer langen Tradition schreibender Selbstreflexion. Dass eine sich in Notizform äussernde Selbstartikulation als spirituelle Praxis geübt und gepflegt werden kann, ist keine Einsicht, die der reflexiven Moderne vorbehalten ist. Sie gehört vielmehr bereits in den Zusammenhang dessen, was Karl Jaspers als achsenzeitliche Transformation beschrieb und damit zur Vorgeschichte christlicher Religion. Sowohl die Entstehung abendländischer Philosophie als auch jene des biblischen Kanons verdankte sich einer neuen Schrift- und Gedächtniskultur.¹⁶ Dazu gehörte auch das unauffällige Aufkommen persönlicher Notizbücher, die dazu dienten, Gedanken, Beobachtungen und Zitate festzuhalten – auch mit Blick auf die spirituelle Selbstsorge. Ähnlich wie viele der Skizzen, auf denen bedeutsame Kunstwerke entworfen wurden, sind diese Notizbücher längst verschwunden. Deshalb wurden sie auch in ihrer Bedeutung lange unterschätzt. Nach Michel Foucault, der diese frühen Formen schriftlicher Selbstreflexion eingehend studierte, bildeten die antiken Notizbücher den «Rohstoff und Rahmen für eine Übung, die immer wieder absolviert werden sollte: lesen, wieder lesen, meditieren, Gespräche mit sich selbst und anderen führen».¹⁷ Die Philosophen, auf die sich Foucaults Studien konzentrieren, begründeten ihre Praxis im Rahmen einer ethisch-spirituellen Lebenslehre und leiteten sie mit konkreten Hinweisen an. So betonte Seneca, dass das reflektierende Schreiben helfe, sich zu sammeln und bereits gewonnene Einsichten zu vertiefen und sich so zu eigen zu machen. In ähnlicher Weise diene auch das Schreiben von Briefen der Selbstklärung. Es habe gegenüber dem monologischen Notieren den Vorzug, dass die Introversion sich auf den andern hin öffne: «[Briefe-]Schreiben heißt [...] sich zeigen, sich sehen lassen, sein eigenes Gesicht vor dem des anderen erscheinen lassen.»¹⁸

¹⁵ Cabot/Dicks, Art, 261

¹⁶ Jan Assmann, Das kulturelle Gedächtnis. Schrift, Erinnerung und politische Identität in frühen Hochkulturen, München 1999.

¹⁷ Michel Foucault, Sich selbst schreiben, in: ders., Ästhetik der Existenz. Schriften zur Lebenskunst, Frankfurt a. M. 2007, 137–154, 141.

¹⁸ A. a. O., 148.

Diese Praxis der schreibenden Selbsterkundung findet sich auch in frühchristlicher Variante. Bereits in den frühesten christlichen Texten, den paulinischen Briefen, finden sich Spuren davon. Die spirituelle Relevanz schreiben der Selbstthematisierung wurde allerdings erst drei Jahrhunderte später ausdrücklich vermerkt. In der um 360 verfassten *Vita Sancti Antonii* schreibt Athanasius (300–373) dem berühmten Wüstenvater eine solche Schreibpraxis zu.¹⁹ Um seine Gedanken zu klären, habe dieser ein spirituelles Tagebuch geführt. Vermutlich indirekt von eigenen Erfahrungen erzählend, ermutigt Athanasius seine Leser, ihr Tun und Erleben aufzuzeichnen, und zwar so, als ob man sie jemandem berichten wollte. Ein solches Schreiben, so versichert Athanasius, habe dieselbe therapeutische Wirkung wie ein geistliches Gespräch. Damit begründet Athanasius die Tradition einer *scriptio spiritualis*, die in den folgenden Jahrhunderten in vielfältiger Weise weitergeführt wurde. Dorotheus von Gaza (gest. 565) bringt die Wirkung eines solchen Schreibens auf den Punkt: «Wenn es aber geschah, dass ein Gedanke mich quälte, nahm ich das Täfelchen und schrieb dem Alvater. [...] Und noch bevor ich mit Schreiben fertig war, fühlte ich Erleichterung und Nutzen.»²⁰

Ein jüngeres Beispiel dafür, wie alltägliches Notieren eigener Erfahrungen und Beobachtungen als spirituelle Praxis geübt werden kann, findet sich bei Frère Roger Schütz. Der Gründer der Gemeinschaft von Taizé führte über Jahrzehnte ein geistliches Tagebuch. In kurzen Einträgen hielt er Begegnungen, Naturbeobachtungen, Pläne und anderes mehr fest. Das Schreiben diene ihm dazu, Inspirationen festzuhalten, innere und äussere Spannungen auszubalancieren, Ungeklärtes auszuformulieren und nicht zuletzt auch schmerzliche Erfahrungen zu verarbeiten. Immer wieder bricht der Schreibfluss ab, um Monate später wieder neu einzusetzen. Am 5. Juni 1959 kommt es zu einem solchen Neubeginn: «Neun Monate ohne etwas notiert zu haben. Gleichwohl erachte ich diese Notizen als ein vielleicht einzigartiges Medium der Verinnerlichung.»²¹ Und am 5. Januar 1972 heisst es: «Ich will mein Tagebuch wieder zur Hand nehmen. Das Schreiben, dieses langsame Reflektieren, wobei ich

¹⁹ Athanasius, *Ausgewählte Schriften* Bd. 2. Aus dem Griechischen übersetzt von Anton Stegmann und Hans Mertel (Bibliothek der Kirchenväter, 1. Reihe, Bd. 31), München 1917, Kapitel 55.

²⁰ Dorotheus von Gaza, *Doctrinae Diversae*. Geistliche Lehre, Freiburg i. Br. 2000, 161.

²¹ Frère Roger, *À la joie je t'invite*. Fragments inédits 1940–1963, Taizé 2012, 130.

Mühen und Erkenntnisse in abgerundeten Zeichen auf die Seite, die im Lampenschein leuchtet, aufzeichne, ist durch nichts zu ersetzen.»²²

Was genau macht ein seelsorgliches Dokumentieren zu einer *spirituellen* Übung? Und wie lässt es sich mit einer professionellen Dokumentationspraxis verbinden? Mit Blick auf die besondere Situation klinischer Seelsorge lassen sich drei Aspekte herauskristallisieren, die sich teilweise mit den Zielsetzungen professioneller Dokumentationspraxis überschneiden:

1. Zu einer spirituellen Praxis wird seelsorgliches Dokumentieren spätestens dann, wenn es seelsorgliche Begegnungen bewusst im Licht des Evangeliums vergegenwärtigt. Einen solchen Zugang skizziert Hadwig Ana Maria Müller in ihrem Beitrag zum Handbuch der Krankenhausseelsorge.²³ Es sei dabei davon auszugehen, dass Gott in seelsorglichen Begegnungen immer schon präsent ist, sich dies jedoch oft erst im Nachhinein erschliesst. Inspiriert durch Erfahrungen französischer Seelsorgeteams regt Müller an, in der dokumentierenden Vergegenwärtigung seelsorglicher Gespräche besonders auf überraschende Wendungen zu achten.

2. Wie die obigen Zitate belegen, kann das Notieren auch eine psychohygienische Funktion erfüllen. Die schriftliche Artikulation kann als Spiritual Self-Care geübt werden. Eine solche trägt dazu bei, emotional belastende Resonanzerfahrungen zu verarbeiten und einzuordnen sowie aus ihnen zu lernen und an ihnen zu wachsen.

3. Nicht zuletzt eröffnet eine in der klinischen Seelsorge verortete persönliche Dokumentationspraxis einen Raum der Erinnerung und des Gedenkens. Wenn es zur Aufgabe klinischer Seelsorge gehört, Menschen auch im Gebet zu begleiten, kommt der Dokumentation die Rolle des externen Gedächtnisses zu. Es sorgt dafür, dass auch in einem hektischen Alltag die Namen derer nicht verloren gehen, die sich einem anvertraut haben. Das gilt insbesondere auch für Menschen, die Seelsorgende auf ihrem letzten Weg begleiten durften.

Werfen wir vor diesem Hintergrund nochmals einen Blick auf den zitierten Fallbericht. Finden sich in diesen teilweise spröden Notizen Hinweise darauf, dass sie selbst einen Ausdruck einer *spirituellen* Praxis darstellen? War das Niederschreiben für mich tatsächlich eine Form, in der ich das Erlebte mir nochmals im Licht des Evangeliums vergegenwärtigte?

²² Frère Roger, Kampf und Kontemplation. Auf der Suche nach Gemeinschaft mit allen, Freiburg i. Br. 1974, 116.

²³ Hadwig A. Müller, Anfangendürfen – Seelsorge und Pastoraltheologie, in: Traugott Roser (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 2019, 44–53, 50; vgl. auch den Beitrag von Traugott Roser in diesem Band, 277–288.

Wie bereits angetönt, lösten die Begegnungen mit Herrn W. eine starke Resonanz in mir aus. Sie weckten Fragen in mir, die über jene hinausgingen, die ich für eine angemessene seelsorgliche Begleitung zu beantworten hatte. Herr W.s Weg, sein Lebensprojekt und sein Engagement dafür beeindruckten mich. Bereits das erste Gespräch war durch Einblicke in ein Leben gekennzeichnet, das sich einem religiös motivierten altruistischen Projekt verschrieben hatte. Herr W. hatte seine professionelle Expertise in den Dienst einer Aufgabe gestellt, die schliesslich Flüchtlingen und Obdachlosen zu Gute kommen sollte. Dieses Projekt war noch längst nicht abgeschlossen und der nahende Tod liess fraglich werden, ob es überhaupt je vollendet werden konnte. Herr W.s Schicksal beschäftigte mich ebenso wie seine Hoffnung auf eine Wunderheilung und die Begegnung mit der Heilerin, die persönlich integrierend wirkte, in ihrem Handeln jedoch viele Anfragen in mir weckte.

Die Dokumentation half mir dabei, die affektive Resonanz zu bearbeiten. Deutlich geworden ist mir dabei etwa, dass ich mich mit der Frage des christlichen Heilungsverständnisses weiter beschäftigen wollte. Nicht zuletzt war das Niederschreiben vom Wunsch geleitet, Herrn W. in Erinnerung zu behalten. Dass ich ihn kurz vor seinem Tod kennenlernen und an seinem Lebensprojekt Anteil nehmen durfte, zählt für mich zu den besonderen Geschenken, die den seelsorglichen Beruf so reich machen. Diese Begegnung hat meinen Horizont geweitet. Ohne Dokumentation hätte mich Herr W. zwar nicht weniger beeindruckt, doch wäre die unmittelbare Resonanz vermutlich bald untergegangen in der Vielstimmigkeit meines Alltags. Die Begegnung mit Herrn W. wäre nach und nach zu einer flüchtigen Erinnerung geworden. Dass die Erinnerung frisch geblieben ist und die Resonanz, die in diesen Begegnungen in mir geweckt wurde, in diesem Beitrag neu lebendig werden konnte, ist der Praxis der Dokumentation zu verdanken.

Zusammenfassung: Fragt man nach den Gründen für seelsorgliche Dokumentation, lassen sich extrinsische und intrinsische Motive nennen. Der Beitrag konzentriert sich auf letztere, die bereits in den Anfängen der Seelsorgebewegung des 20. Jahrhunderts identifiziert wurden. Seelsorgliches Dokumentieren kann als Instrument der Wahrnehmung und des Verstehens dienen, als Entscheidungs- und Planungshilfe genutzt werden, als Erinnerungsstütze fungieren. Ebenso kann das Dokumentieren auch eine Praxis spiritueller Reflexion darstellen und der Selbstsorge dienen. Um den intrinsischen Sinn seelsorglicher Dokumentation zu erkunden, wird zu Beginn ein Beispiel eingeführt, an dem sich die genannten Aspekte entfalten lassen. Dazu greife ich auf

einen zentralen Gedanken der philosophischen Hermeneutik zurück: die sinnbildende Kraft sprachlicher Artikulation. Im letzten Abschnitt wird schliesslich herausgearbeitet, inwiefern sich in seelsorglicher Dokumentation professionelle Analyse und spirituelle Reflexion verbinden können.

Abstract: If one asks for the rationale for spiritual care documentation, extrinsic and intrinsic motives can be named. This article focuses on the latter, some of which had already been identified in the early days of the Clinical Pastoral Education in the 20th century. Spiritual care documentation can serve as an instrument of perception and understanding; it can be used as an aid to decision-making and planning, and it can serve as a reminder. Documentation can also be a practice of spiritual reflection and serve self-care. In order to explore the intrinsic meaning of spiritual care documentation, a case study is introduced, which illustrates these aspects. For this purpose I draw on a central idea of philosophical hermeneutics: the symbolic power of linguistic articulation. In the last section, I consider to what extent professional analysis and spiritual reflection can be combined in spiritual care documentation.

Autorinnen und Autoren

Michael Coors, Prof. Dr. theol., ist ausserordentlicher Professor für theologische Ethik und Leiter des Instituts für Sozialethik an der Universität Zürich.

Eva-Maria Faber, Prof. Dr. theol., Professorin für Dogmatik und Fundamentaltheologie an der Theologischen Hochschule Chur, von 2007–2015 Rektorin der Hochschule, seither Vizerektorin; Konsultorin des Päpstlichen Rates zur Förderung der Einheit der Christen sowie Mitglied des Vorstands Verein Hilfe für Asylsuchende (Graubünden).

Claudia Graf, Dr. theol., ist Spitalpfarrerin der Reformierten Kirche des Kantons Zürich und Studienleiterin für Spital- und Klinikseelsorge an der Universität Bern.

Josef Jenewein, Prof. Dr. med. ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Titularprofessor an der Universität Zürich. Bis 2018 leitete er die Abteilung für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie am Universitätsspital Zürich. Ein wichtiger Forschungsschwerpunkt ist die Früherkennung und Behandlung von psychischen Störungen bei Menschen mit Krebserkrankungen und bei deren Angehörigen. Eine aktuelle Studie untersucht die Akzeptanz und Wirksamkeit einer kurzen psychotherapeutischen Intervention bei onkologischen Patienten am Lebensende unter Einbezug der Angehörigen. Seit 2018 ist er Chefarzt der Klinik Zugersee, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ralph Kunz, Prof. Dr. theol., Universität Zürich, Lehrstuhl für Praktische Theologie mit den Schwerpunkten Seelsorge, Gottesdienst und Spiritualität.

Alois Metz, studierte Philosophie und Theologie in München, Wien und Eichstätt. Neben der Jugendarbeit arbeitete er jahrelang am ökumenischen Aids-Pfarramt in Basel. Er leitete Kurse in Trauer- und Sterbegleitung und beschäftigte sich mit neuen Formen der spirituellen Praxis. Zusammen mit Partnern aus dem Bereich Musik, Theater und Oper entstanden nachhaltige Projekte. Seit 2015 arbeitet Alois Metz als Seelsorger in der Klinik Zugersee.

Settimio Monteverde, PhD, MAE, MME, RN, lic. theol., ist Co-Leiter Klinische Ethik am Universitätsspital Zürich/Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich sowie Professor FH an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. Nach dem Theologiestudium war er 13 Jahre im Pflegeberuf tätig, zuletzt in der Anästhesiepflege. Von 2007–2010 war er Seelsorger im Hospiz im Park/Klinik für Palliative Care in Arlesheim.

Pascal Möсли, Theologe und Supervisor, ist Verantwortlicher für Spezialseelsorge und Palliative Care bei den Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn, Dozent für Spiritual Care im Gesundheitswesen sowie Mitarbeiter im SNF-Forschungsprojekt «Dokumentation klinischer Seelsorge im Horizont interprofessioneller Spiritual Care» an der Universität Zürich.

David Neuhold, PD Dr. theol., Mitarbeiter im SNF-Forschungsprojekt «Dokumentation klinischer Seelsorge im Horizont interprofessioneller Spiritual Care» an der Universität Zürich; wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Schweizerischen Zeitschrift für Religions- und Kulturgeschichte/Revue Suisse d'Histoire Religieuse et Culturelle (SZRKG/RSHRC) an der Universität Fribourg sowie Lehrbeauftragter ebendort und an der Universität Luzern.

Simon Peng-Keller, Prof. Dr. theol., Professor für Spiritual Care an der Universität Zürich. Exerzitienbegleiter im Geistlichen Zentrum St. Peter und dem Lassalle Haus, Bad Schönbunn. Von 2016 bis 2020 arbeitete er zudem als Seelsorger am Kompetenzzentrum Palliative Care des Universitätsspitals Zürich.

Traugott Roser, Prof. Dr. theol., ist evangelischer Pfarrer. Seit 2013 lehrt er Praktische Theologie mit Schwerpunkt Seelsorgetheorie und Spiritual Care an der Westfälischen Wilhelms Universität Münster. 2019 ist unter seiner Herausgeberschaft das Handbuch der Krankenhausseelsorge in 5. Auflage erschienen.

Hanspeter Schmitt, Prof. Dr. theol. habil., Lehrstuhl für Theologische Ethik der Theologischen Hochschule Chur, war zuvor lange Zeit in der kirchlichen Pastoral und spirituellen Begleitung tätig, ist Koordinator und Mitarbeiter im SNF-Forschungsprojekt «Dokumentation klinischer Seelsorge im Horizont

interprofessioneller Spiritual Care» an der Universität Zürich und der Theologischen Hochschule Chur.

Anne Vandenhoeck, Prof., Dr. theol., Professorin für Seelsorge und Diakonie und Vorsitzende des Akademischen Zentrums für Praktische Theologie an der Fakultät für Theologie und Religionswissenschaften der KU Leuven. Ihre Forschung konzentriert sich auf die Seelsorge in verschiedenen Bereichen, insbesondere im Gesundheitswesen, sowie auf praktische Theologie und Diakonie.

Livia Wey-Meier, MTh, Theologische Hochschule Chur, Theologin, Mediatorin und Familienfrau.

Maya Zumstein-Shaha, Prof. Dr., Dozentin und stellvertretende Studiengangleiterin, Berner Fachhochschule. Zu ihren Schwerpunkten in Forschung und Lehre gehören «Advanced Nursing Practice – Development of New Roles» und «Spirituality from the Perspective of Cancer Patients».

